Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

Digitized by Google

Billings Lib

The University of Chicago
Libraries

GIFT OF
JULIUS ROSENWALD

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

FRÜHER: MONATSHEFTE FÜR PRAKTISCHE DERMATOLOGIE

UNTER MITWIRKUNG VON

A. ALEXANDER-Berlin, J. ALMKVIST-Stockholm, G. ARNDT-Straßburg, E. ARNING-Hamburg, CH. AUDRY-Toulouse, J. de AZUA-Madrid, A. BAYET-Brüssel, C. BECK-Budapest, B. BERON-Sofia, A. BLASCHKO-Berlin, I. BLOCH-Charlottenburg, M. BOCKHART-Wiesbaden, E. BODIN-Rennes, L. BROCQ-Paris, H. G. BROOKE-Manchester, C. BRUCK-Altona, C. BRUHNS-Berlin, A. BUSCHKE-Berlin, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, J. DARIER-Paris, K. DOHI-Tokio, E. EHLERS-Kopenhagen, S. EHRMANN-Wien, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. von FICK-Wien, E. FINGER-Wien; W. FISCHER-Berlin, E. FRAENKEL-Hamburg, E. GALEWSKY-Dresden, A. GAPPISCH-Leipzig, S. GROSZ-Wien, M. HAASE-Memphis, Tenn., L. HALBERSTAEDTER-Charlottenburg, H. HALLOPEAU-Paris, J. HELLER-Charlottenburg, M. HODARA-Konstantinopel, E. HOFFMANN-Bonn, H. HÜBNER-Elberfeld, J. JADASSOHN-Breslau, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, E. KLAUSNER-Prag, V. KLINGMÜLLER-Kiel, A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Krakau, R. LEDERMANN-Berlin, H. P. LIE-Bergen, L. MERK-Innsbruck, E. MORO-Heidelberg, L. NIELSEN-Kopenhagen, G. NOBL-Wien, J. ODSTRČIL-Prag, M. OPPENHEIM-Wien, M. PELAGATTI-Parma, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POLLITZER-New-York, C. POSNER-Berlin, A. POSPELOW-Moskau, M. L. RAVITCH-Louisville, Ky., E. RIECKE-Göttingen, K. RÜHL-Turin, P. RUSCH-Wien, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W. SCHOLTZ-Königsberg i. P., O. SEIFERT-Würzburg, J. SELENEW-Moskau, E. TOMASCZEWSKI-Berlin, L. TÖRÖK-Budapest, A. TRŸB-Prag, P. UHLENHUTH-Straßburg i. E., K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Klausenburg, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, U. J. WILE-Ann Arbor, F. WINKLER-Wien

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA — HAMBURG
P. TAENZER — BREMEN
J. H. RILLE — LEIPZIG
E. DELBANCO — HAMBURG

SECHSUNDSECHZIGSTER BAND

1918

JANUAR BIS JUNI (Nr. 1—26)

MIT 16 ABBILDUNGEN IM TEXT UND 1 TAFEL

LEIPZIG
VERLAG VON LEOPOLD VOSS
1918

Digitized by Google

RL1
.D91

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

Digitized by Google

850891

Inhaltsverzeichnis.

Originalabhandlungen.

(* bedeutet „Aus der Praxis"; ** bedeutet „Feuilleton".) Seite

Einiges von der Übertragbarkeit der Lepra, insbesondere ihrer makulo-anästhetischen Form. Von H. P. Lie 1
Adolf Havas †. Von J. H. Rille 15
Über den Nachweis des Bakterienkerns. Von Josef Schumacher 17, 38
Zur Technik der Tuberkelbazillenfärbung in Sputum und Harn. Von Hans Lipp 26
Geschwürige Tuberkulose der Vulva auf luetischer Basis. Von P. Wichmann . . 33
Rund zehn Jahre amtlicher Syphilistilgung. Von Victor L. Neumayer 49, 71, 82
Die Herdinfektion in ihrem Zusammenhang mit gewissen Hautkrankheiten. Von M. L. Ravitch 58
Endomyces albicans, als Ursache einer Epidermomycosis inguinalis. Von Muijs . 65
Zur gegenwärtigen Bartflechten-Epidemie. Von Galewsky 79
Syphilis 16 Jahre nach der Infektion auf den Fötus übertragen. Von M. Brun Pedersen 81
Über Acne cachecticorum im gegenwärtigen Kriege. Von Franz v. Veress . . . 97
Über einen Fall von Gingivitis gonorrhoica. Von Alfred Perutz 102
*Kalihypermangan-Behandlung der Bartflechte. Von Richter 105
Über Novasurol. Von C. Gutmann 113
Untersuchungen über Sitz der genitalen Geschwüre beim Manne. Von Hugo Hecht 129
*Erfahrungen mit der Granugenpasta. Von Paul Jacob 137
Über das gehäufte Auftreten der Trichophytie. Von Galewsky 145
Leo Leistikow †. Von E. Delbanco 153
Krieg, Geschlechtskrankheiten und Prostitution in ihren Wechselbeziehungen Von Ernst Levin 161, 179, 195, 248, 275, 323, 348
Die Behandlung der Syphilis mit Novasurol. Von Wilhelm Eitel 164
Ein Beitrag zur Darierschen Erkrankung. Von Oskar Salomon 177
Zu Blochs Dopareaktion. Von C. Kreibich 193
Über die Bildung der Harn- und Gallensteine. Von L. Lichtwitz 209
*Über die Blasenschwäche der Frauen. Von Siegfried Samson 213
Zur gegenwärtigen Bartflechten-Epidemie. Von C. Bruhns 225
Zur Behandlung der Blasenschwäche und der Enuresis nocturna. Von W. Schrader 230
Sycosis parasitaria durch ein neues Mikrosporon vom Tiertyp (M. xanthodes). Von W. Fischer 241
Hautkrankheiten bei farbigen Rassen. Von Gustav Heim 257, 302
Zur Zunahme der Hautpilzerkrankungen beim Menschen und Vieh. Von C. Mense 282
Zur Bekämpfung der Bartflechten. Von Caesar Philip 283
Prognose und moderne Behandlung der kongenitalen Syphilis. Von Fred Wise . 289
Weitere Mitteilungen über Erosio interdigitalis blastomycetica. Von J. Fabry . . 321
Zur Trichophytiefrage. Von P. Unna jr. 335
Über ein Granuloma pediculatum luposum. Von Emil Zurhelle 345
Über Exanthema folliculare acneiforme. Von Sprinz 347
Beitrag zur Frage der mykotischen Dyshidrosis (Kaufmann-Wolf). Von Curt v. Graffenried 361
Leukogen (Höchst), ein Spezifikum gegen Sycosis parasitaria profunda, und weitere Erfahrungen über Leukogen. Von Heinrich Loeb 377, 398
Über die Behandlung der gonorrhoischen Nebenhodenentzündung mit subskrotalen Injektionen. Von Ignatz Saudek 384

Digitized by Google

Seite
Ein Beitrag zur Diathermiebehandlung der Gonorrhoe. Von Antoni 393
J. Doutrelepont †. Von Joh. Fabry 404
Wassermannsche Reaktion im Serum des Primäraffektes. Von Eicke 409
*Zur Behandlung der Bartflechte. Von Richter 413
**Syphilisbehandlung oder Menschenbehandlung? Von Ludwig Merk 413
Über die provokatorische Wirkung der Joddämpfe als Kriterium der Gonorrhoeheilung und ihre Verwertung bei der Demobilisierung. Von J. Odstrčil 425
Zur Therapie der Sycosis parasitaria. Von Nourney 431

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft 218
Außerordentliche Kriegstagung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft mit Beteiligung der Mitglieder der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft 338

Fachzeitschriften.

Annales des Maladies Vénériennes 139
Archiv für Dermatologie und Syphilis 138
Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle 285
Dermatologische Zeitschrift 122
Dermatologisches Zentralblatt 139

Personalien: 16. 32. 64. 96. 128. 144. 160. 176. 192. 208. 224. 240. 256. 320. 334. 360.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

5. Januar 1918 | Nr. 1 | Band 66

Einiges von der Übertragbarkeit der Lepra, insbesondere ihrer makulo-anästhetischen Form [1]).

Von

H. P. Lie in Bergen.

Es liegt selbstverständlich nicht in meiner Absicht, hier alle Seiten der Frage betreffs der Übertragbarkeit der Lepra in Erwägung zu ziehen, doch aber mag es, und zwar unter besonderer Berücksichtigung der in dieser Beziehung in Norwegen waltenden Verhältnisse, diese Versammlung vielleicht interessieren, einige Punkte der Frage näher ins Auge zu fassen.

Nicht ganz selten kann man in Gesprächen zwischen Kollegen die Frage aufwerfen hören: „Sollte es wirklich so sicher sein, daß Lepra ansteckend ist?" Und in offiziellen ärztlichen Berichten kann man Auffassungen vertreten finden, die einen starken Zweifel an die Unfehlbarkeit dieses Satzes von der Übertragbarkeit der Lepra durchfühlen lassen. Ich sehe davon ab, daß es mir in meiner langen Praxis unter den Leprösen nicht möglich gewesen ist, einen einzigen Patienten zu finden, der eine Ansteckung durch Lepra zugegeben hätte; es findet dies seinen psychologischen und leicht erklärbaren Grund in dem Umstand, daß die Leprösen die unumgänglichen Folgerungen der Ansteckungstheorie, Isolation und Beschränkung der persönlichen Freiheit, nicht anerkennen wollen. Wenn aber auch Ärzte derselben Auffassung huldigen zu wollen scheinen, glaube ich die wesentliche Ursache darin suchen zu müssen, daß diese Ärzte sich nicht näher mit der Frage beschäftigt und die vorliegenden Tatsachen nicht sorgfältig genug erwogen haben. Sie halten sich mehr an die negative Seite der Sache, daran, daß viele, obwohl der Ansteckungsgefahr längere Zeit hindurch ausgesetzt, nicht angesteckt werden, und vergessen dabei, daß auch nur ein einziger unzweifelhaft positiver Ansteckungsfall alle negativen Fälle aufwiegt.

Früher konnte man oft hören, daß eine Übertragung der Lepra zwischen Eheleuten, trotz des langen und intimen gemeinsamen Lebens, nicht stattfände. Dem ist aber nicht so. Es liegen mit Bezug hierauf

[1]) Vortrag am Kongreß des Nordischen Dermatologischen Vereins in Kristiania, Juni 1916.

Digitized by Google

2 Statistiken aus Norwegen vor, die eine von dem soeben verstorbenen Dr. SAND, der sich um die statistische Bearbeitung der Lepra im nördlichen Norwegen besonders verdient gemacht hat, die andere über den südlichen Teil des Landes von meiner Hand.

Dr. SAND fand, daß von 512 leprösen Ehen in 17 Fällen oder 3,32% beide Eheleute leprös waren, und meinen Befunden nach waren unter 598 leprösen Ehen beide Eheleute leprös in 31 Fällen oder 5,2%. Meine späteren Untersuchungen haben noch etwas höhere Zahlen ergeben, so daß die erwähnte Prozentzahl meines Erachtens eher auf 6 als auf 5 zu setzen wäre. Gewiß, wenn es sich wie hier um eine ansteckende Krankheit handelt, ist dies keine eigentlich imponierende Ziffer, aber man bedenke doch in dieser Verbindung, wie schwierig es mit Bezug auf die Tuberkulose war, die Ansteckung von der einen Ehehälfte auf die andere nachzuweisen. Wenn ich mich nicht sehr irre, ist die entsprechende Zahl dieser Krankheit etwa 3%, also noch niedriger als bei der Lepra. Auf eine in Betracht zu ziehende Ursache dieses Verhältnisses werde ich später noch zurückkommen.

Aus verschiedenen, auch europäischen Ländern liegen eine Reihe von Krankengeschichten vor, denen man entnehmen kann, wie Leute aus leprafreien Gegenden und leprafreien Familien entstammend, andernorts zufällig mit Leprösen zusammen wohnten; sie sind dann später, oft erst nachdem sie scheinbar gesund zu ihren früheren Wohnstätten zurückgekehrt waren, von der Lepra befallen worden und sind zu Ausgangspunkten neuer Lepraherde in den früher leprafreien Gegenden geworden. Insonderheit hat in dieser Beziehung der allzufrüh verstorbene hervorragende Dermatologe und Lepraforscher Dr. GLÜCK in Serajewo eine Reihe überaus lehrreicher Fälle gesammelt. Bei uns in Norwegen war die Lepra früher so allgemein verbreitet, daß es schwierig war, den Ansteckungswegen zu folgen. Die leprösen Familien standen oft in so mannigfaltigen verwandtschaftlichen Beziehungen zueinander, waren so stark ineinander eingeheiratet, daß die Erblichkeitstheorie, insbesondere nachdem man einem Begriff wie erbliche Belastung der Seitenlinien Raum gegeben hatte, in vielen Fällen an Wahrscheinlichkeit gewann. Mit dem Abnehmen der Lepra haben sich auch die Ansteckungswege deutlicher erkennen lassen, und klar und unzweifelhaft lassen sich die Linien verfolgen, die in einer Reihe von Leprafällen den Zusammenhang dartun. Ich möchte hierfür einige Beispiele anführen, nicht etwa, weil sie eigentlich etwas Neues besagen, sondern weil ihnen mit großer Deutlichkeit zu entnehmen ist, daß mit Bezug auf die Ausbreitung der Lepra bei uns dieselben Gesetze walten wie in anderen Ländern. Ich fange oben im Norden an:

Digitized by Google

I. Ums Jahr 1904 zeigte es sich, daß eine fast 70 Jahre alte Häuslerfrau K. J. in Alten an Lepra litt. Ihrer Angabe nach wußte sie von keinen Leprafällen in ihrer Familie in Finnland, von wo aus sie in ihrer Jugend nach Finnmarken eingewandert war. Auch später ist es nicht möglich gewesen, diesen Fall bis zu ihrem Heimatland zurückzuverfolgen. In der Familie des Mannes, die man mehrere Generationen hindurch kannte, waren keinerlei Leprafälle festzustellen. Man schwebte daher mit Bezug auf das Entstehen dieses Falles lange im Dunkeln. Später erfuhr man, daß eine andere finnische Frau, M. M., eine Zeitlang bei dem Schwiegervater der K. J. gewohnt und die K. J. während einer längeren Krankheit gepflegt habe; dies war etwa 1875. M. M. soll schon damals Geschwüre an den Beinen gehabt haben, und es wurde kurz nachher Knotenlepra bei ihr festgestellt. K. J. brachte mehrere Jahre ihrer Krankheit zu Hause zu, starb aber 1910 in Reitgjärdet. Im Winter 1911 entdeckte ihr drittes Kind, der Häusler J. J., geboren 1865, einen leprösen Fleck am Abdomen. Jetzt bietet seine Krankheit unter zunehmender Verschlimmerung das Bild einer knotigen Lepra mit ausgedehnten diffusen Infiltraten. Ein jüngerer Bruder von ihm wanderte 1899 nach Amerika aus. 1912 schrieb er, er wolle nach Hause kommen, da er von Lepra befallen sei; er starb jedoch kurz darauf in Amerika an Pneumonie.

II. Im Jahre 1912 entdeckte man, daß eine fast 70 Jahre alte Häuslerfrau, N. T. in Steigen an Lepra litt. Soweit ihr erinnerlich, war in ihrer Familie niemals Lepra aufgetreten. 1874 hatte sie einen Mann geheiratet, der sich als leprös erwies — wahrscheinlich handelte es sich um die makulo-anästhetische Form der Krankheit. Sie pflegte ihn bis zu seinem Tode 1890. Nach Verlauf mehrerer Jahre verheiratete sie sich von neuem. Im Winter 1911/1912 spürte sie zum erstenmal kleine Knoten in der Stirn; sie behauptet niemals einen anderen Leprakranken als ihren ersten Mann gesehen zu haben.

III. Ein etwa 50jähriger Mann, K. S. in Leka, litt, wie sich 1914 herausstellte, an ziemlich vorgeschrittener Lepra. Er stellte jeglichen Verkehr mit Leprösen in Abrede; doch erkundete man später, daß er in seiner Jugend viel mit einem jungen Mann zusammen gewesen und längere Zeit mit ihm zusammen gearbeitet habe, der kurz darauf als an Lepra leidend ins Lepraasyl gebracht wurde.

IV. Auf dem Gehöft B. der Halbinsel Frosta war eines Sommers Ende der 70er Jahre ein Hirt J. B. beschäftigt, bei dem später Lepra festgestellt wurde und der mit der Krankheit schon während seines Aufenthaltes auf B. behaftet gewesen sein muß. Der älteste Sohn des Hauses, Anton B., damals etwa achtjährig, war in jenem Sommer viel mit J. H. zusammen gewesen. Anfang der 90er Jahre bemerkte Anton B. leprose Knoten an den Beinen. In seiner Familie sind vor der Zeit, wo Anton B. 1898 im Lepraasyl aufgenommen wurde, keine Leprafälle nachzuweisen. Einige Jahre später machten sich auch bei Antons Schwester, Martha B., Lepraanzeichen bemerkbar, aber sie wurde erst viele Jahre später, nämlich 1915, als leprös angemeldet.

V. Am 19. VII. 1898 wurde in der Pflegeanstalt Nr. 1 der 24jährige Sohn eines Landmanns, S. S., aus Jölster als an Knotenlepra leidend aufgenommen; Spuren der Krankheit hat er der Aussage gemäß zum erstenmal 1891 bemerkt. Etwas später in diesem Jahre kam hierher auch sein zwei Jahre jüngerer Bruder, der erst 1894 seine Krankheit, Knotenlepra, entdeckt hatte, und schließlich wurde am 12. XII. 1902 noch ein dritter Bruder, der 38jährige Johs. B., als an einer etwa 1895 begonnenen Knotenlepra leidend, aufgenommen. Diese Brüder meinten, von keinen Leprafällen in ihrer Familie zu wissen, jedenfalls hätten ihre Eltern niemals Zeichen dieser Krankheit erkennen lassen. Ausgeschlossen sei es jedoch nicht, daß ein Onkel väterlicherseits leprös gewesen ist, wie auch vielleicht vor längerer Zeit ein anderer solcher Fall in der Familie

Digitized by Google

aufgetreten sein könne. Größeres Interesse hat es, daß ums Jahr 1880 ein lepröser Knecht auf dem Gehöft gedient haben soll.

Die beiden letzterwähnten leprösen Brüder hielten sich eine Zeitlang bei einer älteren Schwester auf, die etwa eine Meile vom väterlichen Gut entfernt verheiratet war. Die Lepra war damals schon bei den Brüdern zum Ausbruch gekommen. Die Schwester hatte damals kleine Kinder, deren älteste die Brüder L. G. und J. G. waren. Ums Jahr 1907 meldeten sich bei diesen beiden, bzw. 1886 und 1889 geborenen Brüdern Anzeichen der Lepra, aber erst 1913 wurden sie in die Pflegeanstalt Nr. 1 gebracht, da die Krankheit erst im Jahre zuvor erkannt worden war. 2 Jahre später starben diese beiden Brüder an einer rapid verlaufenden Phthisis. Bei ihren Eltern oder Geschwistern sind bisher keine Anzeichen der Lepra bemerkt worden.

VI. Am 13. III. wurde in der Pflegeanstalt Nr. 1 ein Dienstmädchen J. L., 31 Jahre alt, aus Sulen als an Knotenlepra leidend aufgenommen. Ein Bruder ihrer Großmutter väterlicherseits war in einem Pflegeheim in Bergen lange vor ihrer Geburt an Lepra gestorben. Von 1902—1904 diente sie auf einem Hof, wo die Frau an weit vorgeschrittener Knotenlepra litt. J. L. wusch unter anderem auch die Wäsche der Kranken, die keineswegs den ihr gegebenen Weisungen mit Bezug auf die im Hause zu beobachtende Vorsicht nachkam.

VII. Am 17. IV. 1914 kam in die Pflegeanstalt Nr. 1 eine 82jährige Altsitzerfrau, M. S., aus Fane, die an Knotenlepra litt. Wie lange die Krankheit bestanden hatte, war unmöglich zu erkunden, doch aber sicher 7—8 Jahre. Auch war es nicht möglich Lepra in ihrer Familie nachzuweisen; dagegen stand außer Zweifel, daß auf dem Nachbarhofe ein lepröses Mädchen gelebt hatte, das etwa 30 Jahre vor der Aufnahme der M. S. in der Pflegeanstalt gestorben war.

VIII. 1916 zeigte es sich, daß der 1866 in Daviken geborene Bauer E. L. an makulo-anästhetischer Lepra litt, die ihren Anfang im Jahre vorher genommen hatte. Zwei Söhne seines Bruders, die in der Nähe wohnten, waren vor vielen Jahren, der letzte im Jahre 1900, an Lepra gestorben.

IX. Bei einem 40jährigen Seemann, A. S., aus Kinn zeigte es sich 1916, daß er an Knotenlepra litt. In seiner Familie waren keine Leprafälle nachzuweisen, doch hatte er mehrere Jahre lang mit seinem leprösen Stiefvater zusammen gelebt, der 1907 in der Pflegeanstalt Nr. 1 aufgenommen wurde, nachdem er, ohne daß es bemerkt worden war, viele Jahre lang an dieser Krankheit gelitten hatte[1]).

X. Am 30. III. 1909 wurde in der Pflegeanstalt Nr. 1 eine 47jährige Bauernfrau, K. B., aus Herlö aufgenommen, die an sehr weit vorgeschrittener ulzerierender Knotenlepra mit ausgesprochenen Affektionen unter anderem des Haarbodens, der Handflächen und Fußsohlen litt; ihre Krankheit hatte wenigstens zwölf Jahre lang bestanden. Die Patientin gehörte einer stark mit Lepra belasteten Familie an; in der Familie des Mannes war niemals Lepra aufgetreten. 1910 stellte es sich heraus, daß der Bruder des Mannes, Karl B., an Knotenlepra litt und zwei Jahre darauf bemerkte man im Gesicht der ältesten 15jährigen Tochter des Karl B., Hansine B., lepröse Knoten. Endlich zeigte

[1]) Der Patient wurde vorgestellt, und gleichzeitig wurden mikroskopische Präparate des Nasenschleims mit zahlreichen Leprabazillen in kleinen Globi vorgezeigt. Typischer Fall von Knotenlepra.

Digitized by Google

es sich 1914, daß auch K. B.s Mann, Nils B., an Knotenlepra litt, was er 4—5 Jahre lang verstanden hatte zu verbergen.

Diese hier wiedergegebenen Krankengeschichten sind nur Beispiele, die mir aber doch vielsagend zu sein dünken. Bei einer ganzen Menge der Fälle hat man in den Familienverhältnissen den sehr erklärlichen Ansteckungsweg. Eltern, Geschwister oder andere nahe Verwandte der Angegriffenen stellen die einzelnen Glieder der Ansteckungsreihe dar. Aber oft stutzt man angesichts der auffallend langen Zeitspanne, die zwischen der Infektion und dem Nachweis der Krankheit bei dem Infizierten liegt, denn hier kommen nicht nur Jahre, sondern Jahrzehnte in Betracht. Dies ist sicherlich auch teilweise der Grund dafür, daß es in einzelnen neuen Fällen nicht gelungen ist, eine bestimmte Ansteckungsquelle ausfindig zu machen, wie es z. B. der Fall bei einer Frau, einer geborenen Schwedin ist, die seit einigen Jahren von Lepra befallen ist. Aber es ist nicht nur diese lange Latenz- oder, ob man will, Inkubationszeit, die Schwierigkeiten bereitet, sondern auch der Umstand, daß die ersten Symptome oft so unscheinbar und unbestimmt zutage treten, daß sie keinerlei Aufmerksamkeit, nicht einmal die des Kranken, auf sich lenken oder daß sie, was auch nicht zu den Seltenheiten gehört, mit denen anderer Krankheiten, die sie simulieren, verwechselt werden. In dieser Beziehung sei ein Beispiel aus jüngster Zeit angeführt. Im Frühjahr 1915 wurde der betreffende Patient wegen eines regelrechten Rheumatismus articulorum acutus behandelt. Der zuständige Arzt hatte mehrere Fälle frühzeitiger Lepra sowohl gesehen wie auch diagnostiziert, aber sein Verdacht wurde erst dann wach, als er hörte, der Patient gehöre einer leprösen Familie an, und als er im April dieses Jahres einen leichten anästhetischen Fleck an der einen Wade entdeckte. Jetzt — nach einem Jahre — lassen sich nun, wenn auch mit einiger Schwierigkeit, Spuren unzweifelhaft lepröser Flecke an beiden Ellenbogen und beiden Knien, den Gelenken, auf die sich auch die Symptome des Rheumatismus beschränkt hatten, nachweisen. — Hierzu kommt dann noch, daß die Leprösen in vielen Fällen ihre Verbindungen mit anderen Leprösen verheimlichen, direkte Fragen nach einem Verkehr mit diesem oder jenem Leprösen verneinen oder zu umgehen versuchen. Dies geht in einzelnen Fällen so weit, daß man versucht sein könnte zu sagen, omnis leprosus mendax, aber doch wird kein menschlich Blickender deshalb den Stab über diese Menschen brechen wollen.

Ich kann hier nicht auf alle die Beispiele unzweifelhafter Ansteckungsfälle eingehen, die aus anderen Ländern und früheren Zeiten berichtet sind, doch kann ich nicht umhin, einige Mitteilungen über das Auftreten der Lepra auf Island, die sich im „Läknarblatit" vom Februar

Digitized by Google

1915 in einem Artikel von THORODDSEN finden, zu erwähnen. Insonderheit wird hier die Frage behandelt, welche Rolle die alte Sitte, die armen Leprösen in „Lägd" gehen zu lassen, mit Bezug auf die Verbreitung der Lepra spielte. Ich sehe diese Weise der Armenfürsorge als eine allgemein bekannte an. THORODDSEN hat in einem bestimmten Bezirk 36 solcher Leprösen von 1843—1882, d. h. 40 Jahre lang, genau im Auge behalten können. Von den Leuten der Gehöfte, wo sich diese Leprösen kürzere oder längere Zeit hindurch aufgehalten hatten, wurden nicht weniger denn 10,04% leprös, während der Prozentsatz der Leprafälle unter den Leuten von Gehöften desselben Bezirks, wo sich keiner dieser Leprösen befunden hatte, nur 1,52% betrug. Diese Tatsache gewinnt für uns die größte Bedeutung, wenn wir zu einem Verständnis der Lepraverbreitung in Norwegen zu jener Zeit gelangen wollen. Denn die Verhältnisse betreffs der Armenfürsorge lagen hier ganz ähnlich wie die soeben geschilderten Zustände auf Island, und die Akme der Lepra fällt bekanntlich in Norwegen gerade in die hier genannte Zeit. Später verschwand dann nach und nach das Lägdwesen und hat jetzt ganz aufgehört. Wie Ihnen bekannt ist, sieht es das erste, die Ansteckungsgefahr der Lepra berücksichtigende Gesetz in Norwegen, „Spedalskeloven von 1877", gerade auf diesen Punkt ab, indem es kategorisch verbietet, die Leprösen in „Lägd" gehen zu lassen. Ich habe in der vorliegenden Literatur keine wissenschaftliche Würdigung der Frage gerade dieses Gesetzes vor Augen angetroffen; aber sicher ist es, daß es als eine logische Schlußfolgerung des von ARMAUER HANSEN gelieferten Nachweises von den bei uns herrschenden Ansteckungsverhältnissen entstand und ein Zeugnis dafür ist, wie der geniale Blick dieses Mannes das Wesentliche der Frage betreffs der Bekämpfung der Lepra erfaßte. Stellten aber diese leprösen Pfleglinge eine so große Gefahr für die Ausbreitung der Krankheit in einer Familie dar, so muß dasselbe, wenn nicht in noch höherem Maße, dem leprösen Mitglied einer Familie gelten. Die Berechtigung und Notwendigkeit der Isolation, um eine Übertragung der Krankheit zu verhindern, ist hiermit dargetan, wenn sich auch die Wege des Ansteckungsstoffes vom einen zum anderen Individuum oft gar nicht verfolgen lassen.

Über die Art und Weise, wie die Übertragung der Krankheit vor sich geht, scheinen wir Norweger geteilter Ansicht zu sein. Dr. SAND spricht in seiner Hauptabhandlung hierüber aus, daß man sich nicht des Eindruckes erwehren könne, „daß Lepra in der Regel nicht durch unmittelbaren Verkehr von Individuum zu Individuum übertragen wird, sondern daß höchstwahrscheinlich andere Faktoren mitwirken und daß der Ansteckungsstoff außerhalb des menschlichen Körpers ein Entwicklungsstadium durchmacht, bevor er die Krankheit auf ein gesundes

Digitized by Google

Individuum zu übertragen vermag[1]). Den Arbeiten Professor Boecks über diesen Gegenstand glaube ich entnehmen zu können, daß er geneigt ist, sich zu der Auffassung Sands zu bekennen, da er besonderes Gewicht auf die Ausscheidung der Leprabazillen durch die Exkremente legt.

Sand beruft sich mit Bezug auf seine Anschauung auf den Umstand, daß die Krankheit so selten von der einen Ehehälfte auf die andere übertragen werde, sowie daß die Krankheit seiner Statistik zufolge in etwa der Hälfte aller Fälle gerade in dem Alter — nämlich zwischen dem 20. und 40. Jahre — zum Ausbruch komme, wo die meisten Ehen gestiftet werden, und schließlich nennt er als einen Beleg die Pflegeanstalt für Lepröse zu Reitgjärdet, wo er von 1874 bis 1914 als Arzt tätig war und wo kein einziger Ansteckungsfall der Krankheit unter der Bedienung oder den Umgebungen des Krankenhauses vorgekommen sei. Zudem meint Sand auch noch eine Stütze für seine Auffassung in dem Verhalten zu finden, wie es hinsichtlich infizierter Kinder in leprösen Familien herrscht, worauf ich später noch zurückkommen werde.

Aus mehreren Gründen habe ich mich nach recht eingehenden Untersuchungen nicht der Auffassung Dr. Sands anschließen können. Es sind unzweifelhafte Fälle von Lepraübertragung auf die Hospitalbedienung bekannt; ich erwähne hier Pater Damien und unseren schottischen Kollegen Dr. Turner, der mehreren der hier anwesenden Herren von der Leprakonferenz in Bergen 1909 bekannt sein wird. Die ersten Symptome der Lepra fanden sich bei dem letzteren 1910 ein und soweit mir erinnerlich, starb er 1914. Ferner habe ich selbst die Photographie einer französischen Krankenpflegerin gesehen, die in einem Krankenhaus in den Tropen angesteckt wurde, und hier im Lande sind mir aus den 60er Jahren zwei ziemlich sichere Fälle von Lepraübertragung auf die Hospitalbedienung bekannt, nämlich von der „Pleiestiftelsen for spedalske nr. 1" in Bergen.

Ich habe mit Bezug auf die Ansteckung schon oben das Verhältnis lepröser Eheleute zueinander berührt und möchte noch hinzufügen, daß ich mich hier in einem gewissen Widerstreit zu Dr. Sand befinde, da ich auf Grund einer Statistik — auf die ich wegen der knapp bemessenen Zeit hier nicht näher eingehen kann — gefunden habe, daß ungefähr die Hälfte aller Leprösen vor ihrem 15. oder doch vor ihrem 20. Jahre infiziert wird; dies steht auch in gutem Einklang mit der alten Erfahrung, daß das Pubertätsalter für die Kinder leprösen Eltern ein gefährliches Alter ist[2]). Trifft dies zu, ist es nicht mehr so

[1]) Sand, Geschieht die Ansteckung der Lepra durch unmittelbare Übertragung? II. Internationale Leprakonferenz, Bergen 1909. Mitteilungen und Verhandlungen, Bd. 3. — [2]) Lie, Statistisches über Lepra im Arch. f. Derm., Bd. 110, 1911. (Boecks Festschrift.)

Digitized by Google

auffallend, daß die Krankheit so selten von der einen Ehehälfte auf die andere, viel seltener als von leprösen Eltern auf ihre Kinder übertragen wird, im Gegenteil: es entspricht dies ja auch vollkommen der modernen Auffassung von der Ansteckungsgefahr bei einer der Lepra so nahestehenden Krankheit wie der Tuberkulose.

Ich wende mich nunmehr der Ansteckungsgefahr zu, wie sie zwischen leprösen Eltern und ihren Kindern besteht. Der Befund Dr. SANDS bei 512 Ehen war folgender:

Litt der Vater	an Lepra	gab	es	4,9 %	lepröse	Kinder
Litt die Mutter	„	„	„	10,5 %	„	„
Litten beide Eltern	„	„	„	12,7 %	„	„

Ich habe bei 481 Ehen folgendes festgestellt:

Litt der Vater	an Lepra	gab	es	10,27 %	lepröse	Kinder
Litt die Mutter	„	„	„	16,39 %	„	„
Litten beide Eltern	„	„	„	39,19 %	„	„

Es sei bemerkt, daß diese Werte aus einer Vergleichsanstellung zwischen leprösen Kindern mit sämtlichen Kindern der Familien, wo eins der Eltern oder beide Eltern von Lepra befallen waren, hervorgegangen sind. In der Mehrheit lepröser Ehen werden nur gesunde, d. h. nicht lepröse Kinder geboren.

Wie hieraus zu ersehen, ist die große Hauptlinie beider Statistiken die nämliche, nur daß meine Zahlen höher sind; die Linie ist, wenn man will, in einen höheren Plan mit erheblich größerem Ansteckungsprozentsatz gerückt. Worin der Grund dieses letzteren Umstandes stecken mag, ist nicht ganz leicht zu entscheiden, doch mag es daran liegen, daß meine Statistik einem Landesteil entstammt, wo die Lepra stets am meisten verbreitet gewesen ist. Betrachtet man nun die Statistik genauer, so glaube ich, daß man — wenn man aus derselben eine Schlußfolgerung ziehen will — nicht umhin kann, zu dem Ergebnis zu kommen, daß die Ansteckungsgefahr für die Kinder eine um so größere wird, je intimer der Verkehr mit ihren leprösen Eltern ist oder, um sich wie Dr. SAND auszudrücken, daß die Gefahr einer Übertragung der Krankheit von Individuum zu Individuum eben in „dem unmittelbaren Verkehr" zu liegen scheint, — es wäre dies mithin das Umgekehrte von Dr. SANDS Folgerungen.

Es erübrigt sich noch, die Ansteckungsgefahr der makulo-anästhetischen Lepra näher ins Auge zu fassen. Ich möchte Sie bitten, Ihre Aufmerksamkeit ganz besonders dieser Form der Krankheit zuzuwenden, denn hier türmen sich die größten praktischen Schwierigkeiten auf, wenn man den prinzipiellen Forderungen des Lepragesetzes mit Bezug auf die

Digitized by Google

allgemeine Sicherheit in hygienischer Beziehung gerecht werden und gleichzeitig die möglichsten Rücksichten auf die unglücklichen Kranken nehmen will. Der wirklich an Knotenlepra leidende Kranke ist — mehr oder weniger — stets eine Gefahr für seine Umgebung, der durchweg makulo-anästhetische Lepröse braucht dies nicht zu sein, doch ist er es in der weitaus größten Anzahl der Fälle, wenn auch im großen ganzen in geringerem Maße als knotig Lepröse. Aber ich möchte schon jetzt hervorheben, daß die einzelnen Individuen dieser großen Gruppe sowohl in klinischer wie hygienischer Beziehung außerordentlich große Verschiedenheiten darbieten, was ich Ihnen, wie ich hoffe, nachher ad oculos vorführen kann[1]). Mit Bezug auf die Ansteckungsgefahr muß das Vorhandensein der Bazillen, ihre Menge und ihre Ausscheidung aus dem Organismus des Kranken berücksichtigt werden. Dem biologischen Verhalten der Bazillen können wir leider zurzeit noch gar keine Beachtung schenken, und zwar aus dem einfachen Grunde, weil wir noch jeglichen Mittels ermangeln, dies Verhalten einigermaßen zuverlässig beurteilen zu können.

Wie allgemein bekannt sein wird, gelang es erst mehrere Jahre nach der Entdeckung des Leprabazillus, denselben bei der makulo-anästhetischen Form nachzuweisen. Dr. Arning fand ihn 1884 zum erstenmal auf Honolulu in einigen großen Nervenstämmen. Aber es dauerte noch weitere 6 Jahre, ehe Dr. Looft in Bergen ihn 1890 in typisch leprösen Flecken nachweisen konnte. Es wird hieraus zu ersehen sein, daß ein solcher Nachweis mit Schwierigkeiten, teilweise sogar mit sehr großen Schwierigkeiten verbunden ist. Hier ist auch der Grund dafür zu suchen, daß ein so eminenter Untersucher wie Unna den Begriff Lepriden aufgestellt hat, deren Hauptcharakteristik ihr rein nervöser, eigentlich nervös vasomotorischer Ursprung ohne irgendwelche an Ort und Stelle vorhandenen Leprabazillen war, im Gegensatz zu den Lepromen, die von den an Ort und Stelle vorhandenen Leprabazillen herrührten. Ich kann mich hier nicht auf Einzelheiten einlassen, sondern muß mich darauf beschränken — ganz gegenteilig von Unna — geltend zu machen, daß alle Lepriden Unnas von den an Ort und Stelle vorhandenen Leprabazillen herrühren. Diese meine Annahme stützt sich auf eine Reihe anhaltender, durch die letzten Jahre sich erstreckender Untersuchungen, die auch von anderer Seite bestätigt worden sind. Wenn es in einer sehr verschwindenden Anzahl meiner Untersuchungen nicht geglückt ist, die Bazillen nachzuweisen, ist dies sicherlich nur einem Mangel an Ausdauer bei den Untersuchungen oder einem Mangel an günstigem Untersuchungsmaterial

[1]) Nach dem Vortrage wurde eine Reihe Lepröser mit makulo-anästhetischer Lepra vorgeführt. (Vgl. die Krankengeschichten.)

Digitized by Google

zuzuschreiben. Auch UNNA hat im Laufe der Jahre seine ursprüngliche Anschauung etwas modifizieren müssen, wie dies zum Ausdruck kommt in den von ihm aufgestellten Begriffen der „embolisierten und nicht embolisierten Lepriden“[1]).

Die Bazillenmenge kann eine sehr verschiedene sein. Ist der Fleck sehr alt und ist es schwierig, ihn klinisch nachzuweisen, so ist auch ein Nachweis der Bazillen, da sie dann nur in sehr geringer Menge vorhanden sind, schwierig. Dasselbe kann auch bei Flecken zutreffen, deren Ränder deutlich sind, deren Mitte aber verblaßt ist; an der letzteren Stelle kann es sehr wenige der Bazillen geben, ja, vielleicht sind sie dort ganz verschwunden, während in der reaktiven Randzone stets Bazillen zu finden sind; und hier an dieser Stelle sind die charakteristischen Merkmale der Lepriden am deutlichsten und schönsten ausgesprochen. Es besteht nämlich auch histologisch ein erheblicher Unterschied zwischen einem typischen Lepraknoten und einem typischen Leprafleck. Der Knoten bietet die unheimlich große Menge der Leprabazillen und die im Verhältnis zur Anzahl Bazillen sehr geringfügig ausgesprochene Reaktion seitens des Gewebes, ein Umstand, der es an einzelnen Stellen erschweren kann, die Zellen vor der Menge der Bazillen zu entdecken. Beim Fleck beobachten wir das umgekehrte Verhalten, denn es kann, wie schon gesagt, sehr schwierig sein, die äußerst wenigen Bazillen unter den zahlreichen Zellen des eine Reihe Reaktionsphänomene zeigenden Gewebes zu finden. Da die Zeit mir nicht erlaubt, mich auf Einzelheiten einzulassen, möchte ich Ihre Aufmerksamkeit nur auf einen bestimmten Umstand lenken, der mit Bezug auf die vorliegende Ansteckungsfrage von ganz besonderer Bedeutung ist.

Der leprös Knoten kann in sehr verschiedener Tiefe, und zwar subkutan oder unmittelbar unter der Epidermis sitzen. Wie oberflächlich aber auch sein Sitz sein mag, so macht sich die Eigentümlichkeit bemerkbar, daß sich zwischen der Epidermis und der leprösen Infiltration eine schmale Gewebszone ohne jegliche Zeichen einer pathologischen Affektion befindet, wenn man davon absieht, daß die untere Begrenzung der Epidermis eine mehr normal gerade, gleichmäßige Linie bildet. Dies letztere beruht auf der rein mechanischen Wirkung, daß durch die leprös Infiltration eine Streckung der Epidermis stattfindet. Die Betrachtung eines

---

[1]) Anmerkung des Herausgebers: Der Verfasser bezieht sich hier offenbar auf meine ältesten Arbeiten über Lepra und meine Histopathologie der Haut. Ihm ist aber entgangen, daß ich in meinem Histologischen Atlas zur Pathologie der Haut (Hamburg und Leipzig, Leop. Voss) 1910, H. 9, S. 290 und Fig. 317 auf Grund der neuen Viktoriablau-Safranin-Methode in den anscheinend bazillenlosen Lepriden selbst später das Vorhandensein abgestorbener Bazillen nachgewiesen habe. U.

Digitized by Google

solchen Lepraknotens im Mikroskop zeigt uns die besagte Zone als einen durchaus normalen Streifen unter der glatten Epidermis, was sofort den Eindruck hervorruft, als bilde sie einen Schutzwall gegen das weitere Vordringen des Knotens zur Oberfläche und die sie bedeckende Epidermis. Und unterzieht man nun das Verhalten der Bazillen einer näheren Betrachtung, kann man sich sofort davon überzeugen, daß sich in der Epidermis eines solchen Knotens keine Leprabazillen vorfinden. Sollten sie dort wirklich einmal auftauchen, kommen sie von den Haarfollikeln herauf und entstammen den starken perifollikulären, bis zum Epithel sich erstreckenden leprösen Infiltrationen. Die Folge des hier geschilderten Verhältnisses ist, daß ein solcher Knoten in der Regel gar keine Leprabazillen durch die Epidermis ausscheidet. Doch ist es selbstverständlich, daß das Bild eines Knotenpräparates ein anderes sein kann. Der Druck des Knotens auf die Epidermis kann so stark werden, daß dieselbe, ihre normale Struktur einbüßend, pathologisch wird, was mit dem Durchbruch des Knotens zur Epidermis enden kann; nun entsteht das lepröse Geschwür, das dauernd Leprabazillen ausscheidet, solange sich solche in dem darunter liegenden Gewebe befinden.

Ganz anders verhält sich der lepröse Fleck. Sein Sitz ist stets ein oberflächlicher, und er kommt ganz dicht unter der Epidermis zu seiner stärksten Entwicklung, indem er nur kleine strangartige Verästelungen der Tiefe zusendet und, was das Wichtigste ist, sich sehr oft in der Epidermis selbst, ihrer Oberfläche zu, fortpflanzt.

Hieran knüpfen sich die pathologischen Prozesse und gruppieren sich deutlich um die Gefäße, und zwar sowohl um die Blut- als auch die Lymphgefäße und um die Nerven. Man findet des öfteren in den leprösen Flecken eine ausgesprochene Arteriitis oder Phlebitis mit Leprabazillen in den verschiedenen Gefäßschichten. Ich möchte hier besonders bei der Rolle verweilen, die meiner Meinung nach die Saftspalten und Saftkanäle der Epidermis und ihrer nächsten Nähe spielen. Der lepröse Fleck kann gar manches Mal den Eindruck hervorrufen, als habe sich die Verbindung zwischen den Zellen der Basalzellenschicht gelockert, als seien sie auseinandergesprengt und der Wanderung der Leprabazillen dadurch ein Weg durch die Epidermis zur Oberfläche hin eröffnet. Man sieht nämlich ab und zu Leprabazillen in den Spalten zwischen den Zellen der unteren Epidermisschichten. Aber hier hat es den Anschein, als würden sie von den Epithelzellen der Epidermis aufgenommen, denn oft kann man sie im Innern, dicht beim Kern dieser Zellen finden. Und nun wandern diese Bazillen in größerer oder kleinerer Anzahl — kommt der typische Fleck in Betracht, oft in sehr kleinen Mengen — mit diesen Zellen der Oberfläche des Körpers zu.

Digitized by Google

Ohne Sie mit weiteren Einzelheiten ermüden zu wollen, möchte ich sogleich die Schlußfolgerung dahin ziehen: Von den leprösen Flecken der makulo-anästhetischen Form der Lepra droht stets eine Ansteckungsgefahr.

I. H. F., geb. 10. VII. 1893, 23 Jahre alt. Wohnte bis zu seinem 9. Lebensjahr mit seinem leprösen Vater zusammen, der bei der Geburt des Sohnes leprös war. Hs Krankheit begann schon sehr früh, jedenfalls so weit er zurückdenken kann, d. h. ungefähr im 6jährigen Alter. Die zuerst beobachteten Anzeichen bestanden in Anästhesien an den Außenseiten der Füße, ohne daß er jedoch verstand, was es war; daneben machten sich unbestimmte Anzeichen, wesentlich stechende und reißende Gliederschmerzen bemerkbar. Diese nahmen 1911 um das linke Handgelenk und im linken Arm so stark zu, daß er gänzlich arbeitsuntüchtig wurde. Es zeigten sich auch eigentümliche rötliche Flecke, teils von schmutzig braunrötlichem, teils bläulich-zyanotischem Farbenton im Gesicht und an den Extremitäten. In diesen Flecken waren keine sicheren Infiltrationen nachzuweisen, doch waren die Ulnarnerven, besonders der linke, sehr stark verdickt und sehr druckempfindlich. In den peripheren Teilen der Extremitäten und teilweise auch in einzelnen der Flecke beginnende Anästhesie.

Gegen Neujahr 1914 ein heftiger Anfall mit hohem Fieber und rötlichen, überaus empfindlichen Flecken mit deutlichen — teilweise an Knoten erinnernden — Infiltrationen, die über den ganzen Körper, doch am wenigsten über den Rumpf verbreitet waren; in der Haut waren zahlreiche Blutaustretungen vorhanden. Nach 14 Tagen erfolgte ein Rückgang der heftigsten Symptome, worauf eine allgemeine, ziemlich großblättrige Abschuppung stattfand. Nun machten sich aber starke Nervenschmerzen und generelle Drusenschwellungen geltend. Nach einer Weile gaben sich auch diese Erscheinungen, um Muskelatrophien der Hände und vermehrten Anästhesien Platz zu machen. Kurz darauf meldete sich eine gefleckte Seborrhoea der Kopfhaut, die sich allmählich in kleinen Flecken über den ganzen Körper verteilte und jeder Behandlung so gut wie unzugänglich war. Im Herbst 1915 fing an einzelnen Stellen eine unverkennbare Knotenbildung an.

Status praesens. Makulo-anästhetische Lepra mit beginnender Knotenbildung. Fast überall Flecken ohne scharfe Begrenzungen mit teilweise erweisbarer Infiltration. Leichte Atrophien und umfangreiche, teilweise bandartig sich ausdehnende Anästhesien an den Unterextremitäten.

Exzidierte Teile der Unterschenkel zeigen zahlreiche, meist wie in leprösen Knoten angeordnete Bazillen an der rechten Seite. An der linken Seite, wo keine sichere Infiltration vorhanden war und wo das mikroskopische Bild das eines leprösen Flecks war, sieht man eine Zunahme der Hornschicht und an vielen Stellen des Epithels zahlreiche Bazillen auf der Wandrung nach außen. Demonstration.

H. A. L., geb. 1860, 56 Jahre alt. Er hatte eine lepröse Tante mütterlicherseits, mit der er in seiner Jugend manchmal zusammen kam. Als sie seine Schwiegermutter wurde, zog er 1885 — also 25 Jahre alt — zu dieser leprösen Tante. Seiner eigenen Aussage gemäß, hatte er aber schon vor dieser Zeit Anästhesie außen am linken Fuß bemerkt, der jetzt fast paralytisch ist. 1890 bemerkte er einen talergroßen Fleck rechts am Unterleib, etwas später ähnliche Flecken an den Gliedern. Um 1893 herum machte sich unter zunehmender Anästhesie eine Schwäche im linken Bein bemerkbar, etwas später trat dasselbe im rechten Bein und den Armen zutage. Es sind teilweise starke Schmerzen vorhanden gewesen. 1899 hatte sich eine diffuse, schmutzig bräunliche Verfärbung ohne scharfe Begrenzung über den größten Teil des Gesichts und einzelne Teile der Glieder verbreitet. Viele Nerven, wie die NN. supraorbitales, NN auriculares

Digitized by Google

magni, NN. ulnares, zeigten Schwellung und Empfindlichkeit. Die Drüsen teilweise geschwollen. Es sind nunmehr ausgedehnte Paresen, Anästhesien und Atrophien vorhanden; die schmutziggelben, keine fühlbaren Infiltrationen zeigenden Farbentöne der Schenkel, Oberarme und Schulterpartien kann man nicht umhin zu bemerken. Ad Nates finden sich dagegen schärfere Flecken mit hellerer Mitte. Starke Rhinitis mit Schorfbildung und Stenose und zahlreichen Leprabazillen im Nasenschleim.

Mikroskopischer Befund eines kleinen Flecks am linken Schenkel. Das Bild stellte gewissermaßen ein Zwitterding zwischen Knoten und Fleck dar. Es sind teilweise zahlreiche Leprabazillen vorhanden, aber auch eine weit stärkere Reaktion seitens des Gewebes als bei den gewöhnlichen Knoten; man sieht Bazillen in der Epidermis. Insbesondere sind hier die leprösen Gefäßaffektionen zu merken sowie die starke Pigmentmenge in der Basalzellenschicht.

Der Fall ist als eine makulo-anästhetische Lepra mit stellenweis diffusen Infiltrationen aufzufassen und bildet demnach in Ansehung der Bazillenmenge und der seitens des Gewebes vorhandenen Reaktion einen Übergang zur Knotenlepra.

III. I. H., geb. 1861, 55 Jahre alt. Keine Leprafälle in ihrer Familie. In dem Winter, als die Patientin erkrankte, brachte sie einer armen Leprösen auf dem Gehöft, wo sie selbst wohnte, oft das Essen hin. Die Krankheit nahm ihren Anfang im Jahre 1887 mit etwa nagelgroßen, bräunlichroten, an Gesicht, Brust und Rücken sowie auch den Gliedern auftretenden scharf begrenzten Flecken mit hellem blassem Zentrum, wo sich Empfindungsabnahme bemerkbar machte. Auch generelle Drüsenschwellung. 1889 wurden in einem Fleck des Schenkels Bazillen nachgewiesen (Dr. Looft). Die Flecke sind teilweise ganz verschwunden, teilweise sind sie verblaßt oder haben sich auch langsam vergrößert, indem sie bald stärker hervortraten, bald kaum zu sehen waren. Später sind bei den wiederholten Untersuchungen stets Leprabazillen in den Flecken nachgewiesen worden. Die Symptome des Nervensystems haben allmählich mit Parese, Anästhesie und Atrophie, kleinen Rhagaden und Ulzerationen an Händen und Füßen zugenommen.

Sie wurde seinerzeit einer kräftigen Nastinbehandlung unterzogen, wobei eine starke Reaktion der Nervenstämme, besonders des linken N. supraorbitalis, der damals die Dicke eines gewöhnlichen Griffels besaß, eintrat. In einem Präparat des Nackens sieht man mikroskopisch einige Leprabazillen mit der typischen, oberflächlichen und verhältnismäßig starken Reaktion, und zwar stellenweise bis zur Basalschicht des Epithels; sogar im Epithel sieht man hier und da Rundzellen, wie sich auch spärliche Leprabazillen auf der Wanderung durch die Epidermis vorfinden. Etwas Parakeratosis.

Also ein typischer Fall rein makulo-anästhetischer Lepra mit Leprabazillen in den sehr wenig hervortretenden Flecken-Nachweis von Leprabazillen auf der Wanderung durch die Epidermis.

IV. A. A., 43 Jahre alt. In ihrer Kindheit wohnten auf demselben Gehöft wie sie drei Lepröse, einer derselben ein entfernter Verwandter mütterlicherseits. Die Krankheit begann im 13. Jahre der Patientin, also vor etwa 30 Jahren, mit rötlichbraunen Flecken an Waden, Armen und Gesicht. Außerdem meldeten sich Gliederschmerzen und in Händen und Füßen ein Gefühl von Taubheit sowie Unempfindlichkeit. Die meisten Flecke nahmen bis zu einem gewissen Punkt allmählich an Größe zu, um dann entweder gänzlich zu verschwinden oder leichte Atrophie und Unempfindlichkeit zu

Digitized by Google

hinterlassen. Spuren derselben sind noch zu sehen, besonders am Rücken, wo sich die Ränder, wenn auch schwierig, noch nachweisen lassen. Die Erscheinungen des Nervensystems sind in dauernder, wenn auch langsamer Zunahme gewesen bis zur Entstehung des jetzigen Bildes: Anästhesien, Atrophien und Paresen sowie Kontrakturen der Finger, etwas Mutilation. Letzthin Schmerzen in den Ellenbogen, besonders dem linken.

Das mikroskopische Präparat bietet das typische Bild eines Flecks mit spärlichen Leprabazillen aber nicht unbedeutender Zunahme der Zellenkerne um Gefäße und Nerven herum. Der Prozeß pflanzt sich in den Papillen der Haut so dicht bis unter die Epidermis fort, daß die Grenzen verwischt werden und man an einzelnen Stellen der Stachelschicht Rundzellen sieht.

Also ein Fall typischer, rein makulo-anästhetischer Lepra mit Bazillen in Flecken, die sich makroskopisch nur mit Schwierigkeit nachweisen lassen.

V. G. O., geb. 1866, 50 Jahre alt. Sie hatte eine leproše Tante, mit der sie jedoch wenig Umgang pflegte. Ihre Krankheit machte vor 23 Jahren den Anfang mit einem Knoten am rechten Handrücken. Bei ihrer im Jahre darauf erfolgenden Aufnahme ins Krankenhaus fanden sich viele kleine Knoten im Gesicht wie auch an den Extremitäten. Die Krankheit wurde immer schlimmer; am 19. VI. 1897 mußte sie wegen eines erysipelartigen Ausschlags das Bett aufsuchen; dieser verbreitete sich über den ganzen Körper und trat am meisten an den stärkst leprösen Stellen zutage. Die Temperatur hielt sich viele Monate lang zwischen 39,0 und 40,4° C. Die Haut war außerordentlich empfindlich, ebenso die geschwollenen Nervenstämme und die geschwollenen Drüsen. Gesteigerte Milz- und Leberdämpfung und Druckempfindlichkeit in der Milz- und Lebergegend. Im Harn zahlreiche Formelemente und eine Menge Albumin. Sie mußte das Bett bis zum 25. III. 1898 hüten. Da waren fast alle Hautknoten verschwunden, nur an einzelnen Stellen ließen sich tiefere Infiltrate fühlen, aber auch diese schienen allmählich zu schwinden. 1903 ein ähnlicher Anfall wie der obenbeschriebene von drei monatlicher Dauer, doch traten die Erscheinungen, insonderheit der Haut, viel schwächer auf. Nach dieser Zeit ist es nicht möglich gewesen, etwas sicher Leproses bei ihr nachzuweisen. Ihr sind eine Menge Spuren der Lepra verblieben, Narben und eine Perforation des Septum nasi. Im Harn sind Albumin und Nierenelemente ganz verschwunden.

Im Laufe des letzten Winters hat sie über Schmerzen der rechten Hand und des rechten Ellenbogens geklagt, wo der etwas geschwollene Ulnarnerv empfindlicher für Druck ist als der linke. In der infiltrierten Partie des rechten I. Metakarpalbeines kann die mikroskopische Untersuchung in dem stark fibrösen Gewebe neben der Verdickung der Gefäßwände einige Kernvermehrung nachweisen; aber Leprabazillen sind nicht nachzuweisen.

Am wahrscheinlichsten ist es, daß man es hier mit einem abgeheilten Fall der Lepra tuberosa zu tun hat.

Digitized by Google

Adolf Havas †.

Einer der liebenswürdigsten, temperamentvollsten und kenntnisreichsten Kollegen, dem auf Kongressen zu begegnen uns stets eine herzliche Freude war, ist für immer von uns geschieden!

Adolf Havas wurde am 14. Februar 1854 zu Szentgál im Veszprémer Komitat (Ungarn) geboren, absolvierte seine medizinischen Studien an den Universitäten zu Budapest und Wien und erlangte 1880 den Doktortitel. Von 1879—1881 war er Assistent des berühmten pathologischen Anatomen der Pester Hochschule, Prof. Scheuthauer, eines der besten Schüler K. v. Rokitanskys; in dieser Zeit entstand die im Arch. f. mikroskop. Anat. erschienene Arbeit „Zur Histologie des Nierenbeckens und des Harnleiters". Hierauf ging er nach Paris, um sich dermatologisch und urologisch weiterzubilden, insbesondere trieb er aber auch mit dem größten Eifer histologische Studien bei Ranvier.

1883 kehrte er heim und organisierte die venereologische Abteilung der Budapester Poliklinik, an der er bis 1897 wirkte. 1898 wurde er im Rochusspitale, 1910 im St. Stephanspitale zu Budapest Primararzt der Abteilung für Syphilis und Hautkrankheiten. Die Venia legendi hatte Havas bereits 1884 erhalten, den Titel eines außerordentlichen Professors im Jahre 1902.

Sein Tod erfolgte schnell und unerwartet nach ganz kurzem Krankenlager; nachdem er noch am Sonntag dem 2. Dezember seine gewöhnliche klinische Visite und nachmittags die Sprechstunde erledigt hatte, erkrankte er in der Nacht ganz plötzlich an Perikarditis, welcher er am 5. Dezember leider erlag.

Die meisten Arbeiten von A. Havas sind in ungarischer Sprache im Orvosi Hetilap, in der Festschrift für Schwimmer, sowie im Jahrbuche der hauptstädtischen Spitäler erschienen. Auch verfaßte er zahlreiche und umfängliche Artikel über Hautkrankheiten in einem größeren ungarischen Handbuche der medizinischen Wissenschaft. Von den deutsch geschriebenen Publikationen seien hier hervorgehoben: „Über die tuberkulösen Geschwüre der allgemeinen Decke"; „Asphyxia localis und Gangraena symmetrica" (beide in der Pester mediz.-chirurg. Presse); „Zur Frage des Lichen ruber acuminatus (10. intern. med. Kongreß in Berlin); „Über Darmsyphilis" (Derm. Kongreß, Sarajevo 1903); „Syphilis und Säugen" (Internat. Kongr. f. Hyg. u. Demogr., Budapest). Außerdem lieferte er mehrfache gute Artikel für den dermatologischen Teil von Drasches Bibl. d. ges. med. Wissenschaften — speziell über Haarkrankheiten —, sowie die Kapitel über leukämische Hautaffektionen für Lessers Enzyklopädie der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Auf den Fachkongressen bewährte er sich ebenso als gewandter Debatter wie als sicherer Diagnostiker, der seiner Wiener und Pariser Lehrzeit alle Ehre machte.

J. H. Rille-Leipzig.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Allgemeines.

Kriegsverletzungen des Urogenitalsystems, von Stutzin und Gundelfinger. (D. m. W., 1916, Nr. 7.) Die Verfasser kommen bei diesen Verletzungen zu folgenden Schlüssen: 1. Die Zystoskopie im Felde ist möglich und notwendig. 2. Bei Harnleiterschußfisteln ist, wenn sie nicht spontan ausheilen, die Nephrektomie zu machen. 3. Bei Blasenschüssen ist bei verzögerter Heilungstendenz der Blasenschnitt und die Blasendrainage vorzunehmen. 4. Bei Harnröhrenverletzungen ist in der Regel ebenfalls der Blasenschnitt auszuführen. 5. Bei Plastiken am Genitale ist ausgiebiger Gebrauch von der Skrotalhaut zu machen. 6. Die Nachbehandlung aller Urogenitalverletzten bzw. Operierten ist ganz besonders zu überwachen. Schußverletzungen der Niere haben Verff. nicht beobachtet. E. Brinitzer-Altona.

Über Genitalverletzungen, von Leopold Schönbauer. (W. kl. W., 1916, Nr. 43.) Nach allgemeinen Bemerkungen über die Bedeutung und die Art der Kriegsverletzungen der Harnröhre, des Skrotums und der Hoden sowie über die zu ergreifenden chirurgischen Maßnahmen werden einige besonders bemerkenswerte Fälle kurz besprochen.
H. Vörner-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Bericht der ersten Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke des Kaiser-Franz-Joseph-Ambulatoriums und Jubiläumhospitales in Wien, von M. v. Zeissl. (W. m. W., 1917, Nr. 26.) Der Bericht umfaßt die Jahre 1915 und 1916 (3028 Fälle). Bemerkenswert ist eine Abnahme des weichen Schankers, eine erhebliche Zunahme der Skabies Die vom Verfasser verwendete Therapie wird auf Grund seiner Erfahrungen näher besprochen. H. Vörner-Leipzig.

Verschiedenes.

Prof. Rille-Leipzig erhielt Titel und Rang als Obermedizinalrat.

Reg.-Arzt Priv.-Doz. Dr. Rudolf Paschkis in Wien erhielt das Ritterkreuz des Franz Josefs-Ordens mit der Kriegsdekoration.

Der durch seine Arbeiten über Gonorrhoe bekannte Dr. Ignaz Steinschneider-Breslau, Kurarzt in Franzensbad, ist am 5. Dezember, 73 Jahre alt, gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

12. Januar 1918 | Nr. 2 | Band 66

Über den Nachweis des Bakterienkerns.

Von

Dr. Josef Schumacher in Berlin.

(Mit einer Tafel.)

A. Historisches.
B. Die Darstellung des Bakterienkerns.
a) Material.
b) Methodik.
c) Die Eigenschaften des Silber-Bakterien-Nukleinbildes.
d) Chromolyse des Silber-Bakterien-Nukleinbildes.
e) Wodurch entsteht das Silber-Bakterien-Nukleinbild?
f) Das Salvarsan-Albarginbild des beschriebenen Kokkus.
g) Die Osmium- und Rutheniumchloridfärbung.
h) Das Methylgrünbild.
i) Das Phosphinbild.
k) Die Darstellung des Bakterienkerns mit Farbstoffen.
C. Morphologische Varietäten des beschriebenen Kokkus.

A. Historisches.

Die Frage, ob die Bakterien, wie fast ausnahmslos die Zellen höherer Organismen, ebenfalls aus Kern und Protoplasma bestehen, hat schon wiederholt zahlreiche Forscher beschäftigt, ohne daß es bis jetzt zu einer befriedigenden Einigung in dieser Frage gekommen wäre.

Die extremsten Ansichten stehen sich gegenüber. Während Fischer, Migula und Massart den Standpunkt einnehmen, daß die Bakterien kernlos seien, da eine Differenzierung des Bakterienleibes in Kern und Protoplasma weder im ungefärbten Präparat, noch nach der gewöhnlichen Färbung mit basischen Anilinfarbstoffen möglich sei, vertritt Ruzicka den zuerst von Zettnow ausgesprochenen Gedanken, daß der ganze Bakterienleib, wie er sich bei der Färbung mit basischen Anilinfarbstoffen darstellt, als Analogon des Kerns höherer Zellen, kurz als „nackter Kern" aufzufassen sei.

Nach Gotschlich liegt die Lösung des Rätsels in der Theorie, daß bei den Bakterien — wieder als Ausdruck ihrer niedrigsten Stellung in der phylogenetischen Reihe — die Kernsubstanz vom Plasma zwar chemisch vollständig, morphologisch aber in der Mehrzahl der Fälle noch nicht vollständig differenziert sei, sondern meist in diffuser oder netzförmiger Verteilung im Plasma sich zeige.

Digitized by Google

Nach Zettnows neuester Theorie[1]) enthält der durch die gewöhnliche Färbungsmethode darstellbare Bakterienleib Kernsubstanz (Chromatin) in Mischung mit Protoplasma (Entoplasma), während die nur durch besondere Präparationsmethoden sichtbar werdende Hülle aus modifiziertem Protoplasma (Ektoplasma) besteht.

Diese Theorie wird gestützt durch Beobachtungen Zettnows an großen Spirillen, die nach Gotschlich um so wertvoller sind, als die Färbung in vivo vorgenommen wurde, bei völlig intakt erhaltener Lebensfähigkeit, oft sogar bei Erhaltung lebhafter Eigenbewegungen und demnach Artefakte absolut ausgeschlossen seien. Zettnow fand einen mächtigen Zentralkörper, bestehend aus einer hellen, schwach färbbaren Gerüstsubstanz von wabigem Bau, in deren Maschen kuglige, den Farbstoff stark aufnehmende Massen lagen, oft in so großer Menge, daß dadurch die Gerüstsubstanz noch verdeckt werden kann und der ganze Zentralkörper als Kern imponiert. Übereinstimmende Ergebnisse[2]) für die pathogenen Bakterien fand Zettnow und bald darauf Feinberg mittels der Romanowskyschen Färbungsmethode, mit der übrigens schon Ziemann vereinzelte positive Resultate erhalten hatte. Bei einer großen Anzahl von Bakterien konnten diese Autoren in dem (bei den gewöhnlichen Färbemethoden sichtbar werdenden) Bakterienleib (Analogie zum „Zentralkörper" der großen Spirillen) zwei färberisch verschieden sich verhaltende Bestandteile nachweisen, eine rot gefärbte („Chromatin"-Kernsubstanz) und eine blau gefärbte (Entoplasma). Das Ektoplasma färbt sich mit Romanowsky nicht.

„Manche Bakterien[2]) (z. B. Vibrionen) scheinen ganz aus Chromatin zu bestehen, was der Zettnowschen Theorie in ihrer ursprünglichen Fassung bzw. der Theorie Ruzickas entspreche. Doch ist in diesem Falle wahrscheinlich nur das Entoplasma in sehr geringer Quantität vorhanden und äußerst innig mit dem Chromatin gemischt, wie aus der nachweislich schaumigen Struktur des Chromatins hervorzugehen scheint und wie es auch in Analogie stehen würde zu anderen Bakterien mit etwas reichlicherem Entoplasma, z. B. dem Milzbrandbazillus, bei welchem die Hauptmasse des Stäbchens aus (rotem) Chromatin besteht und nur mit feinen Rissen und Sprüngen (von blauer Farbe) durchsetzt ist. Bei den meisten Bakterien überwiegt das Chromatin bedeutend. Nur bei einigen Arten (Wurzelbazillus, Megatherium) tritt das Chromatin dem blau gefärbten Plasma gegenüber zurück."

Bei einigen Bakterien, die nach Gotschlich offenbar eine Ausnahmestellung einnehmen, sind echte Kerne mit allen morphologischen Kennzeichen (Kernmembran und Chromosomen, die sich bei der Teilung verdoppeln) von Menel und Künstler[3]) nachgewiesen. Die Beobachtungen älterer Autoren jedoch, die stärker färbbaren Anteile der Bakterienzelle — ohne die üblichen morphologischen Charakteristika des Kerns — allein wegen ihrer Lage im Zentrum des Zelleibes ohne weiteres

[1]) Zit. nach Gotschlich, Handbuch der pathogenen Mikroorganismen von Kolle-Wassermann. — [2]) Zit. nach Gotschlich. — [3]) Die Literaturangaben finden sich bei Gotschlich.

Digitized by Google

als Kern aufzufassen, sind nach der Ansicht Gotschlichs als ungenügend zurückzuweisen. Auch Ficker übte eine strenge Kritik, und Gotschlich meint, daß es nicht einmal feststehe, ob diese Gebilde einheitlicher Natur seien, oder ob es sich nicht um ganz heterogene Dinge (Vakuolen, Saftlücken, Depots von Reservestoffen usw.) handele.

Über die Bedeutung der von verschiedenen Seiten bei manchen Bakterien beschriebenen Körnchen besteht noch keine Klarheit. Als metachromatische Körnchen[1]) — nach ihren ersten Entdeckern auch Babes-Ernstsche Körnchen genannt — sind von zahlreichen Autoren im Bakterienleib in Ein- oder Mehrzahl vorkommende Verdichtungen des Protoplasmas beschrieben worden, die im ungefärbten Zustand durch ihre stärkere Lichtbrechung, im gefärbten Zustand durch ihre besonders starke Affinität zu den basischen Anilinfarbstoffen auffallen. Ernst und A. Neisser lehrten diese Körnchen durch Doppelfärbungsmethoden innerhalb des Zellleibes in distinkter Farbe darstellen (blau auf hellbraunem Grunde bei Methylenblau-Vesuvinfärbung, rot auf blauem Grunde bei Karbolfuchsin-Methylenblautinktion). Desgleichen erwies Ernst ihre Affinität zu typischen Kernfarbstoffen (Hämatoxylin und Kernschwarz) und glaubte sie demnach als Kernäquivalente auffassen zu müssen. Wegen ihrer in Bazillen meist polaren Lagerung wurden diese Gebilde auch als „Polkörner" bezeichnet und als solche von Buchner und L. Müller bei dem Typhusbazillus, ferner von Podwyssotzki und Rahmer bei dem Cholerabazillus, von Nomiwicz, Galli-Valerio und G. Mayer bei Rotzbazillus beschrieben.

Nach Gotschlich handelt es sich aber in einem Teil dieser Fälle sicher um Degenerationsprodukte (wahrscheinlich plasmalytischer Natur), indem nachgewiesen ist, daß die „körnchentragenden" Bazillen weniger widerstandsfähig sind als die körnerlosen. Besondere Bedeutung haben neuerdings die metachromatischen Körperchen für die Unterscheidung des Diphtheriebazillus von dem Pseudodiphtheriebazillus nach der M. Neisserschen Färbungsmethode gewonnen. Marx und Woitel hatten diese Körnchen als die eigentlichen Träger der vitalen Energie und insbesondere der Virulenz und Widerstandsfähigkeit pathogener Mikroorganismen auffassen zu können geglaubt, jedoch ist diese weitgehende Hypothese nunmehr nach den von Ascoli, Krompecher, Gause, Schumburg und Ficker vorgebrachten Tatsachen einwandfrei als haltlos anzusehen.

So fand Ficker farblose Prodigiosus und avirulente Diphtheriekulturen, reichlich Körner bildend, andererseits einzelne virulente Diphtheriestämme völlig körnerlos.

Ob dieser Einwand Fickers wirklich unter allen Umständen beweiskräftig ist, müßten noch weitere Untersuchungen entscheiden; viel-

[1]) Zit. nach Gotschlich.

Digitized by Google

leicht wäre in den FICKERschen Versuchen mit der Albargin-Pyrogallolmethode dennoch Nukleinsäure resp. Nukleoproteide nachweisbar gewesen. So fand ich reichlich Nukleoproteide stets nur in Bakterien, die sich in üppigster Fortpflanzung befanden, also bei einer frischen, 12 bis 24 Stunden alten Kultur, während gerade in Sporen meist nur winzige Körner anzutreffen sind. Wenn FICKER also fand, daß die mit seiner Methode körnchenlos gefundenen Bakterien oder richtiger nur winzige Körnchen tragenden Bakterien gerade die widerstandsfähigsten waren, so können wir diese seine Beobachtung bestätigen.

Nachdem nun von mehreren Forschern (GALEOTTI, NISHIMURA, VANNOD u. a.) bereits makrochemisch Nukleoproteide nachgewiesen worden waren, aus denen NISHIMURA sogar Nukleinbasen (Xanthin, Guanin, Adenin) als Spaltprodukte isolierte, so ist es sicher, daß die Bakterien Nukleinsäure enthalten müssen, und wahrscheinlich, daß sie wie die tierischen und die Zellen höherer Pflanzen ebenfalls einen Kern besaßen. Aber der einwandfreie morphologische und histochemische Nachweis steht noch aus. Mit basischen Farbstoffen konnten wir nur in vereinzelten Fällen Körnchen nachweisen, beispielsweise im Tuberkel- und Rotzbazillus, ohne daß die sich stark mit basischen Farbstoffen färbenden Körnchen als Kerne erkannt werden konnten. In vielen anderen Bakterien ist der Nachweis des Kerns deswegen nicht gelungen, da diese wie die Kokken ausnahmslos ein stark basophiles Protoplasma besitzen, das durch seine starke Mitfärbung den meist nur winzigen Kern völlig verdeckte. In anderen Bakterien sahen wir wieder die Kernmitosen (Gonokokken, Meningokokken), ohne auch diese als Kernbestandteile erkennen zu können.

Es fehlte eben eine histochemische Reaktion auf Kernbestandteile, eine spezifische Reaktion auf Nukleinsäure oder eine spezifische Reaktion auf Kerneiweiß. Nachdem rein chemische Nukleinsäurereaktionen bekannt waren, konnte man diese auf die Bakterien anwenden und mußte, da diese, wie oben bewiesen wurde, nukleinhaltig sind, die Bakterienkern-Nukleinsäure finden.

So wollen wir uns erinnern, daß wir bei den Leukozyten mit der Albargin-Pyrogallolmethode ein tief schokoladebraunes Kernbild erhielten, mit der Quecksilberchlorid-Schwefelwasserstoffwassermethode ein hellgraues, mit der Osmiumchloridmethode ein sepiabraunes, mit der Rutheniumchloridmethode ein grauschwarzes und mit der Salvarsan-Albarginmethode ein braunes Kernbild darstellen konnten, um nur die wichtigsten Nukleinsäurereaktionen anzuführen.

Von ungeheurer Wichtigkeit war aber bei diesen histochemischen Nukleinsäurereaktionen, daß sie nicht bloß die Nukleinsäure allein che-

Digitized by Google

misch nachweisen ließen, sondern, wie chemisch zu erwarten war und eine Kontrollfärbung mit basischen Anilinfarben auch bestätigte, daß man mit den Nukleinsäurereaktionen auch den ganzen Kern morphologisch in toto darstellen konnte, wenn die Reaktionen selbst auch nur spezifisch für einen Kernbestandteil sind. Gelang es uns also in den Bakterien histochemisch ein Nukleinsäurebild beispielsweise mit der Albargin-Pyrogallolmethode darzustellen, so war hiermit nicht nur die Bakteriennukleinsäure histochemisch nachgewiesen, sondern der ganze Bakterienkern gleich in toto dargestellt. Wollten wir jene mit Albargin-Pyrogallol nachgewiesene Substanz wirklich als nukleinsäurehaltig, folglich als Kern, ansprechen, so mußte diese Substanz auch alle übrigen histochemischen Nukleinsäurereaktionen geben, nicht zuletzt auch alle histochemischen Eigenschaften der Nukleinsäure zeigen, die wir in zahlreichen Reaktionen früher bereits bei dem Silber-, Quecksilber-, Osmium-, Ruthenium-, Phosphin-, Eisen- und Salvarsan-Albarginkernbild kennen lernten.

B. Die Darstellung des Bakterienkerns.

a) Material.

Zur Darstellung der Bakterienkerne eignen sich nur frische, üppig wachsende Kulturen, am besten solche, die entweder aus Organen frisch gezüchtet sind (12—24 Stunden lang) oder frisch auf Agar übergeimpfte, die gleichfalls nicht älter als 12 bis höchstens 24 Stunden alt sind. In diesen findet man stets die mit den erwähnten Methoden in gleich zu schildernder Weise nachweisbaren Kerne. Werden die Kulturen älter, so findet man auch stets noch Nukleinsäure in den Bakterien, aber auffallenderweise nicht mehr in allen. Dieselbe Beobachtung machte ich zuerst bei der Hefe. So gab manchmal eine Hefe von einer Bezugsquelle das Albargin-Pyrogallolkernbild in jeder Hefezelle, mit den gleichen Reagentien behandelt fand ich aber oft bei einer Hefe anderer Herkunft nur sehr wenig Zellen, die das Albargin-Pyrogallolkernbild gaben. Dieser auffallend rasche Schwund der Nukleinsäure aus einige Tage vorher noch nukleinsäurehaltigen Bakterien und das plötzliche Auftreten innerhalb weniger Stunden von Nukleinsäure in vorher nukleinsäurearmen Kulturen ist vorerst eine der interessantesten chemischen und biologischen Tatsachen. Diese meine Beobachtung an dem Nukleinsäuregehalt der Bakterien ist uns ja von früher aus Färbungen ebenfalls bekannt, so wissen wir, daß auch nur ganz frische Diphtheriekulturen reichlich körnertragend sind, während ältere nur weniger reichlich körnertragende Bakterien enthalten, um nur ein Beispiel zu erwähnen. Dabei kommt es aber nie vor, daß eine lebende Kultur

Digitized by Google

etwa nach einigen Tagen histochemisch völlig nukleinsäurefrei befunden würde. Das ist nicht der Fall. Man findet immer noch reichlich Bakterien, die kernhaltig sind, aber dazwischen viel „Leichen", die kein Nukleinsäurekorn, resp. keinen Kern mehr besitzen. Ich halte diese Form für abgestorbene Individuen, die für die spätere Fortpflanzung nicht mehr in Betracht kommen. Nur diejenigen Bakterien, die noch Nukleinsäure enthalten, werden bei dem Überimpfen auf einen neuen Nährboden für die Nachkommenschaft sorgen. An und für sich ist die beobachtete Erscheinung ja auch gar nicht so sehr verwunderlich, wir wissen ja auch von tierischen Zellen, daß sie beim Absterben ihren Kern verlieren, resp. daß dieser sich nur mehr sehr schwach mit basischen Farbstoffen färbt. Daß in den obigen Formen etwa Dauerformen der Bakterien vorliegen, ist nicht wahrscheinlich, konnte ich doch, soweit bis jetzt untersucht, auch in Sporen winzige Kerne mit Sicherheit nachweisen.

Wir wollen den Nachweis des Bakterienkerns, der für jeden Mikroorganismus, auch die pathogenen, gelingt, vorerst an einem Kokkus studieren, der sich seines schönen Kernbildes wegen besonders gut dazu eignet. Ich hätte gerade so gut irgend einen Staphylokokkus nehmen können, der dasselbe Kernbild besitzt, wie der zur Verwendung kommende Bazillus, doch ist dieser ein größerer Kokkus und liegen deswegen die Verhältnisse hier günstiger. Bakterien verwandter Art besitzen meist ein ähnliches, manche pathogenen ein ganz spezifisches Kernbild.

Der verwendete Mikroorganismus ist ein ziemlich großer, runder Kokkus, der aus einer Tonne Regenwasser gezüchtet wurde und gut bei Zimmertemperatur bereits auf gewöhnlichem Agar wächst[1]). Er bildet üppig wachsende, grauweißliche Kolonien und ist grampositiv. In einem mit Methylenblau oder Gentianaviolett gefärbten Ausstrich sieht man zahlreiche, einzelne homogen tiefblau oder tiefviolett gefärbte Kokken, dazwischen einige ebenso gefärbte Diplokokken, die aber nicht etwa einer Verunreinigung angehören, sondern stets reichlich nur in üppig wachsenden Kulturen entstehen, und die Mitosen sind, wie wir durch den Nukleinsäurenachweis erkennen werden. Dieselben Erscheinungen kann man bei dem Staphylococcus pyogenes aureus beobachten. Eine Kultur, die die üblichen Kokken enthält, färbt sich auch bei 12—24stündigem üppigem Wachstum mit Methylenblau scheinbar nicht anders als vor der Bebrütung.

Überall runde, homogen gefärbte Kokken, in denen man bei starker Vergrößerung allerdings schwer Diplokokken entdeckt, besonders an

[1]) Interessenten gebe ich gern einen Stamm ab.

Digitized by Google

den größeren Individuen. Mit der Albargin-Pyrogallol-Pyroninmethode behandelt, sieht man in einer so frisch gezüchteten Kultur zahlreiche, mit Methylenblau anscheinend homogen gefärbte Kokken sich in viele Diplokokkenexemplare auflösen.

b) Methodik.

Die untersuchten Bakterienausstriche wurden so hergestellt, daß ein Tropfen Wasser mit etwas ausgestrichener Kulter vermittels der Platinöse auf einem Objektträger verrieben wurde. Nach dem Lufttrockenwerden wurde kurz in der Flamme fixiert.

Das Albargin-Pyrogallolbild der Kokken.

Wurden die Bakterienausstriche einer 24stündigen Kultur 15 Minuten lang[1]) in eine 1%ige ammoniak. Albarginlös. (Alb. 1, Aq. dest. 100, NH_3 1cm) gestellt, darauf mit destilliertem Wasser abgespült und mit einer 3%igen, mit gewöhnlichem Wasser bereiteten Pygallollösung darauf nach der früher bereits bei dieser Methode mitgeteilten Technik reduziert, mit Wasser abgespült und kurz in der Flamme getrocknet, so sieht man schon makroskopisch, daß der Bakterienausstrich bei dick angefertigten Präparaten tief schokoladebraun, bei dünnen Ausstrichen schwach hellgelb bis braun erscheint, je nach der Anzahl der vorhandenen Bakterien.

Mikroskopisch sieht man zuerst bei Vergrößerung 1 : 555 nur eine Unmenge tiefschwarz erscheinender Pünktchen, umgeben von sich hellgelb färbenden Massen, die das Protoplasma darstellen. Vergrößert man auf 1 : 1300, so sieht man an zahlreichen Stellen einzelne Kokken mit nur einem tiefschwarz gefärbten Körnchen und zahlreiche Individuen, die zwei kaffeebohnenförmig angeordnete Körnchen tragen. Wenn man einige Übung bereits erworben hat, so erkennt man an dem weiter nicht als mit Albargin-Pyrogallol gefärbten Präparat bereits, daß die Nukleinsäurekörnchen in vielen einzelnen Zellen exzentrisch gelagert sind, wie das bei dem Staphylococcus pyogenes aureus und den verwandten Arten ausschließlich der Fall ist.

Die Tatsache, daß sich die Nukleinsäurekörnchen tiefschwarz färben und das Protoplasma nur einen ganz schwach hellbraunen Ton bei dieser Behandlung annimmt, gestattet, Kern und Protoplasma differenziert darzustellen, indem man das Protoplasma mit Pyronin nachfärbt. Die Technik für ein so herzustellendes Präparat ist folgende. Färbung mit Albargin 1%ig 2 Minuten, Abspülen, darauf Behandlung $^3/_4$—1 Minute lang mit 3%iger Pyrogallollösung. Abspülen. Alsdann läßt man auf ein

[1]) Bei manchen Bakterien müssen die Reagentien länger einwirken, so z. B. bei dem Tuberkel- und Rotzbazillus $^1/_2$ Stunde lang, bevor man mit Pyrogallol reduziert.

Digitized by Google

so behandeltes Präparat eine Pyroninlösung 1 : 1000 10—20 Sekunden lang einwirken. Je nach der Einwirkungszeit erhält man alsdann ein schwächer oder stärker pyroninrosa gefärbtes Protoplasma.

Mikroskopisch bildet das so hergestellte Präparat folgendes Bild. Man erkennt jetzt wieder im Gegensatz zu dem nur mit Albargin-Pyrogallol gefärbten Präparat den ganzen Kokkus in einem schwachrosa Ton gefärbt, inmitten dessen sich die tiefschwarz gefärbten Nukleinsäurekörnchen wunderschön abheben. In den einzelnen Individuen sieht man wieder fast ausnahmslos die schwarzen Nukleinsäurekörnchen exzentrisch gelegen (siehe Fig. 1). An anderer Stelle sieht man wieder in einem rosa gefärbten Individuum zwei kaffeebohnenförmig gegenüberliegende schwarze Körnchen. In einigen Individuen erkennt man sogar drei und vier Körnchen, je nachdem die Weiterteilung fortgeschritten ist.

c) Die Eigenschaften des Silber-Bakterien-Nukleinbildes.

Behandelt man wieder ein Bakterienausstrichpräparat 15 Minuten lang in der beschriebenen Weise mit 1%iger Albarginlösung, spült mit destilliertem Wasser ab und stellt jetzt den Ausstrich 5 Minuten lang in destilliertes Wasser, ehe man alsdann mit Pyrogallol nachbehandelt, so erkennt man, daß die schwarzen Körnchen in den Bakterien sämtlich erhalten sind. Wirkte jedoch eine physiologische Kochsalzlösung fünf Minuten nach der Albargin- und vor der Pyrogallolnachbehandlung ein, so sieht man jetzt, daß die Körnchen aus den Bakterien verschwunden sind. In derselben Weise, noch intensiver sogar, wirken 1%ige Lösungen von Jodkalium.

Stellte man die Präparate nach der Albarginbehandlung und vor der Pyrogallolreduktion fünf Minuten lang in eine 1%ige Lösung von Natriumkarbonat, so sind nach wie vor die schwarzen Körnchen erhalten, ebenso bei einer entsprechenden Zwischenbehandlung mit 1%iger Natriumphosphatlösung.

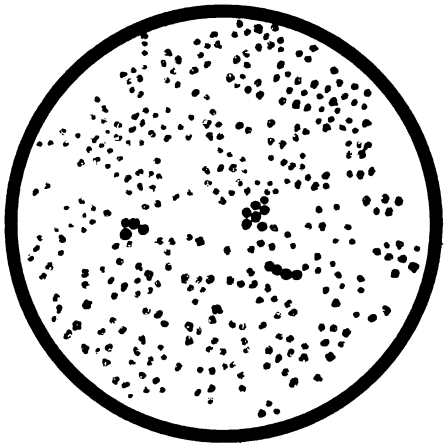
Bei entsprechender Behandlung mit Natriumsulfat und -nitrat sind die schwarzen Körnchen ebenfalls noch gut erhalten.

Wir wollen die histochemischen Nukleinsäurereaktionen des Leukozytenkerns und der Bakterienkörnchen einmal gegenüberstellen.

Daß sich die Bakterienkörnchen bei Albargin-Pyrogallolbehandlung statt tief schokoladebraun tiefschwarz färben, beruht auf deren außerordentlich hohem Nukleinsäuregehalt, wie wir noch sehen werden. Der hohe Nukleinsäuregehalt läßt sich auch makrochemisch an quantitativen Phosphorsäurebestimmungen kontrollieren. Ein stark tiefbraunes, punktförmiges Bild imponiert uns als solches von selbst außerdem schon als schwarz. Man kann dies bei mikroskopischen Zeichnungen sehr schön

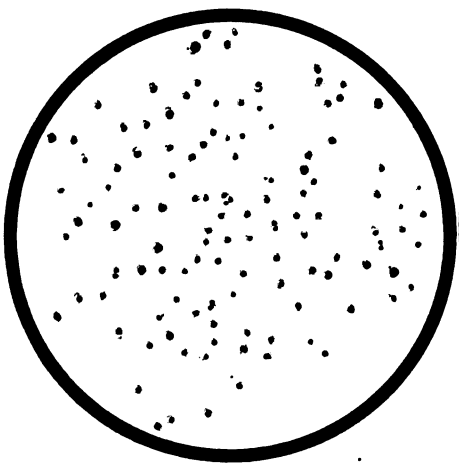
Digitized by Google

1.

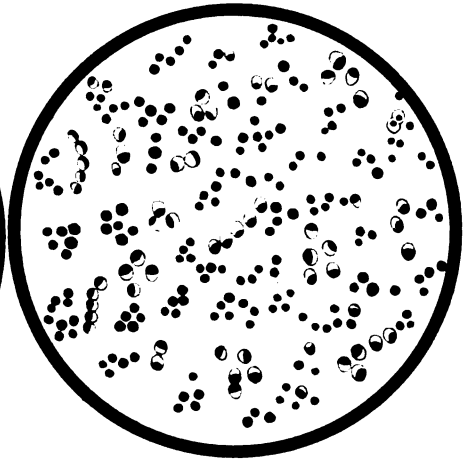


Das Kernbild des beschriebenen Coccus.

2.



3.



Schumacher. Verlag von Leopold Voss in Leipzig. Lith. Anst. v. Johannes Arndt, Jena.

Digitized by Google

Digitized by Google

	Silber-Nukleinbild der Leukozytenzelle ist bei	Silber-Nukleinbild der Bakterienzelle ist bei	Nukleinsaures Silber ist in
Dest. Wasser . .	vorhanden	vorhanden	unlöslich
NaCl 1% . . .	verschwunden	verschwunden	stark löslich
KJ 1%	verschwunden	verschwunden	stark löslich
Na_2CO_3 1% . . .	vorhanden	vorhanden	unlöslich
Na_3PO_4 1% . .	"	"	unlöslich
Na_2SO_4 1% . . .	"	"	fast unlöslich
$NaNO_3$ 1% . . .	"	"	fast unlöslich

beobachten. Machen wir mit einer dunkelbraunen Farbe einen längeren Pinselstrich auf weißes Papier, so erscheint dieser dunkelbraun. Machen wir aber nur ein stecknadelkopfgroßes Pünktchen, so erscheint dieses schwarz.

d) Die Chromolyse des Silber-Bakterien-Nukleinbildes.

Zu diesem Zweck wurden die Bakterienausstriche wieder wie früher die Leukozytenausstriche 24 Stunden lang in destilliertes Wasser und physiologische Kochsalzlösung gestellt. Auch Natriumkarbonat und Natriumhydroxyd kamen wieder in Anwendung, bei den Bakterien ihrer größeren Widerstandsfähigkeit wegen, aber in 1%iger Lösung.

Wurden die Präparate nach vorsichtigem Abspülen mit Albargin-Pyrogallol gefärbt, so waren die Körnchen in den Präparaten, die 24 Stunden lang in destilliertem Wasser gestanden hatten, wie zu erwarten war, völlig erhalten. In den in Kochsalz gestandenen Präparaten waren sie fast ausnahmslos schlecht darstellbar und fehlten vollständig in den Bakterienpräparaten, die in der 1%igen Natriumkarbonat- und Natriumhydroxydlösung gestanden hatten. Die Präparate sind aber nicht etwa farblos, sondern schwach homogen gelb bis braun in dem Tone des Protoplasmas gefärbt.

Hieraus kann man schließen, da alle Lösungsmittel für Nukleoproteide nach ihrer Einwirkung eine Darstellung des Körnchenbildes mit Albargin-Pyrogallol unmöglich machen, daß es Nukleine, resp. Nukleoproteide im Bakterienleib sein müssen, die das Zustandekommen der Albargin-Pyrogallolfärbung wie bei den Leukozyten bewirken. Bewiesen wird diese Vermutung durch die makrochemische Analyse, indem man in der Tat nachweisen kann, daß man durch Behandlung von Bakterien mit 1%iger Kalilauge Nukleoproteide aus ihren Leibern zu extrahieren vermag, wie dies LUSTIG und GALEOTTI[1]) bereits früher schon zeigten. (Schluß folgt.)

[1]) Siehe LUSTIG, Über Bakteriennukleoproteide in KOLLE-WASSERMANN, Handbuch der pathogenen Mikroorganismen, Bd. 2, S. 2.

Digitized by Google

Aus dem Laboratorium des Reservelazaretts II. Weingarten.

Zur Technik der Tuberkelbazillenfärbung in Sputum und Harn.

Von

Hans Lipp.

Eine der gebräuchlichsten Methoden zur Darstellung der Tuberkelbazillen war bislang die Ziehl-Neelsensche Färbung. Tatsächlich repräsentieren sich die Vollstäbchen bei dieser Technik in schöner Kontrastfärbung. Es hat sich indes diese zweifellos überaus einfache Färbemethode in jüngster Zeit denn doch als unzulänglich erwiesen, eine Tatsache, auf die C. Spengler, Liebermeister, Lichtenhahn, Arthur Mayer u. a. hinwiesen. Ziehl versagt oft in Fällen, in denen andere nicht minder einfache, ja noch einfachere Methoden nicht bloß die Vollstäbchen, sondern auch die Einzelgranula (Sporen) deutlich zur Darstellung bringen. Hierzu eignet sich ganz besonders die Karbolfuchsin-Tropäolin- und die Karbolfuchsin-Jodmethode, die auch im hiesigen Laboratorium angewendet wird.

Die Karbolfuchsin-Tropäolinmethode zeichnet sich aus durch Einfachheit in der Ausführung und bringt gegenüber der Ziehl-Färbung eine deutliche Hüllen- und Granulafärbung gut zur Darstellung; außerdem kommen auch die Bazillensplitter deutlich zum Vorschein, die bei Ziehl nicht erkennbar sind. Die Ausführung ist folgende:

1. Fixierung der möglichst dünnen Sputumschicht auf dem Objektträger, Auftragen von Karbolfuchsin und vorsichtiges Erwärmen bis zur Dampfbildung (das bei der Ziehlschen Methode in vielen Laboratorien übliche zweimalige Aufkochen ist zu vermeiden!). Abspülen in Wasser.

2. Entfärbung in salzsaurem Alkohol (Acid. hydrochl. 6,0; Alkohol abs. 210,0; aq. dest. ad 300).

3. Gegenfärbung mit gesättigter alkoholischer Tropäolinlösung, etwa 5 Tropfen, 5—10 Sekunden, Abspülen in Wasser.

4. Trocknen zwischen Fließpapier.

Die Hülle der Tuberkelbazillen und die Bazillensplitter sind blaßrot bis rot, die intrabazillären Granula sind dunkelrot, der Grund des Präparates ist dunkelgelbrötlich gefärbt.

Eine echte Strukturfärbung, die ebenso einfach wie streng spezifisch für alle pathogenen Säurefesten sich darstellt, ist die Kronbergersche Karbolfuchsin-Jodmethode.

Digitized by Google

Die Technik dieser Färbung gestaltet sich also:

1. Wie oben, Präparat erkalten lassen (ohne abzuspülen).
2. Wie oben.
3. Aufgießen von offizineller Jodtinktur, die mit dem vierfachen Volumen 60% Alkohols verdünnt ist. Wirkung: wenige Minuten.
4. Abspülen der Jodlösung mit starkem Wasserstrahl (sichere Vermeidung von Niederschlägen durch Jodausfällung).
4. Wie oben.

Wir sehen bei dieser Färbemethode keine kompakten Stäbchen, sondern alle Säurefesten erscheinen granuliert und innerhalb einer blaßrot oder rosa gefärbten Hülle können wir deutlich dunkelrote oder violette, meist glänzende, scharf gezeichnete Granula (Sporen) unterscheiden. Bei sorgfältiger Herstellung der Sputumpräparate und exakter Färbung lassen sich auch Einzelgranula (Sporen) als dunkelviolette, glänzende Körner in der gelben Umgebung erkennen und diagnostisch verwerten, wozu allerdings einige Übung benötigt ist.

Schließlich sei noch auf die jüngst von Perges in der K. K. Ges. der Ärzte in Wien (Sitzung vom 23. Juni v. J.) vorgeschlagene, überaus einfache Karbolfuchsin-Jodsalzsäurefärbung hingewiesen, die sich in der Praxis bald Eingang verschaffen dürfte.

Das Verfahren gestaltet sich folgendermaßen:

1. Karbolfuchsinfärbung wie oben.
2. Entfärbung und zugleich Kontrastfärbung in

Rp. Tinct. Jodi 92,0
Acid. hydrochl. conc. 8,0

einige Minuten eingelegt, mit Wasser sorgfältig abgespült und zwischen Filtrierpapier getrocknet. Die Tuberkelbazillen erscheinen rot mit schwarzen Granulis auf gelblichem Grunde.

Diese Methode ergibt um 10% häufiger positive Resultate als die Färbung nach Ziehl-Neelsen und erübrigt das zeitraubende Antiforminverfahren.

Vergleichsresultate zeigen die Vorzüge der genannten drei Färbemethoden gegenüber der Ziehl-Neelsenschen in auffallender Weise:

Zahl der Untersuchungen 50	Ziehl-Neelsen	Tropäolinfärbung	Kronberger	Perges
davon 11	0	positiv (Gran. u. Bac.-Splitter)	positiv (Stäbchen u. Sporen)	positiv
„ 4	0	Splitter	positiv (nur Sp.)	positiv
„ 28	positiv (spärlich)	positiv (zahlreich)	positiv (zahlreich)	positiv (zahlreich)
„ 7	positiv (viele)	positiv (zahlreich)	positiv (zahlreich)	positiv (zahlreich)

Digitized by Google

Vergleichen wir die drei Methoden, welche geeignet erscheinen, die Färbung nach ZIEHL-NEELSEN allmählich auszuschalten, untereinander, so dürften sie so ziemlich ebenbürtig erscheinen. Die Karbolfuchsin-Tropäolinfärbung ziehe ich besonders bei meinen Tbc-Färbungen deswegen gerne heran, weil das Tropäolin für das Auge beim Mikroskopieren sehr angenehm und nicht ermüdend wirkt.

Besondere Sorgfalt erheischt der Nachweis der Tuberkelbazillen im Harn, zumal wenn es sich um eine Frühdiagnose der Urogenitaltuberkulose handelt. Es empfiehlt sich zur Gewinnung eines brauchbaren Sedimentes folgendes Verfahren: Etwa 100 ccm der Tagesmenge werden zentrifugiert und die darüber stehende Flüssigkeit abgegossen: nun gibt man dem Bodensatz Essigsäure hinzu, bis die Phosphate gelöst sind. Hierauf Zusatz einiger Tropfen Chloroform, das, spezifisch schwerer, die Bakterien mit auf den Boden zieht. Fünf Minuten langes Schütteln, Zentrifugieren und Ausstreichen des Bodensatzes auf den Objektträger, Trocknen hoch über einer Flamme, Fixieren und Färben.

Als Färbeverfahren empfiehlt sich aber hier die ZIEHL-NEELSENsche Methode deshalb nicht, weil sie die Unterscheidung der Tuberkelbazillen von den Smegmabazillen nicht einwandfrei gestaltet. Diese von ALVAREZ und MATTERSTOCK beschriebenen Stäbchen gleichen bei dieser Färbung durchaus den echten Tuberkelbazillen.

Gute Dienste zur Differenzierung zwischen den Tuberkelbazillen und anderen säurefesten Stäbchen, wozu auch die Smegmabazillen zu rechnen sind, leistet die PAPPENHEIMsche Korallinfärbung. Man färbt zunächst fünf Minuten mit Karbolfuchsin und taucht, ohne daß man in Wasser abgespült hat, in folgende Lösung:

Korallin 1 g, alkoholische gesättigte Methylenblaulösung 100 g, Glyzerin 20 g. Das Eintauchen geschieht 3—5 mal. Das Korallin entfärbt alle Stäbchen mit Ausnahme der Tuberkelbazillen.

Literatur.

E. BOIT, M. m. W., 1916. — LEDERGERBER, Korr. Bl. Schweiz, 1914. — LEICHTWEISS, Zschr. f. Tbc., Bd. 25. — H. PERGES, Sitzungsbericht der K. K. Ges. der Ärzte in Wien, 1916. — C. SPENGLER, Tuberkulose und Syphilisarbeiten, Davos 1911.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Allgemeines.

Weitere Beiträge zur Kenntnis der spontanen Genitalgangrän bei Kriegsteilnehmern, von Hermann Küttner. (B. kl. W., 1917, Nr. 10.) Verf. fügt den bereits veröffentlichten Fällen echter Fournierscher Gangrän, bei der lokal entzündliche Prozesse die Nekrose an den Genitalien bedingen, einen weiteren hinzu, der nach 3 Monaten infolge Allgemeininfektion mit Streptokokken mit dem Tode endigte. Als Ausgangspunkt der letzteren mußte eine ausgedehnte Thrombose gelten, die schon am zehnten Tage der Erkrankung an den Venen des Penis, des Skrotums und vor allem auch des freiliegenden Samenstranges festgestellt werden konnte. Die Ähnlichkeit des Krankheitsbildes der typischen Fournierschen Gangrän mit dem echten Gasbrand der Genitalien im Anschluß an Schußverletzungen, von dem Verfasser zwei Beispiele kurz anführt, legt ihm den Gedanken nahe, daß wie bei diesem auch bei der Fournierschen Gangrän Anaeroben und nicht nur Streptokokken die Ursache der Erkrankung sein könnten, wenn auch bei letzterer keine Gasbildung stattfindet. E. Klemm-Leipzig.

Kriegserfahrungen über Erkältungskrankheiten der Harnorgane, von Victor Blum. (M. Kl., 1916, Nr. 1.) Im ersten Teil der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich Blum mit dem Einfluß der Erkältungen auf die Niere. Die meisten hierher gehörigen Fälle kommen nicht als Folgeerscheinung harter Kälte zur Beobachtung, sondern mehr als Folgen von Durchnässungen nach vorhergegangener Kälte. Das pathogenische Moment für diese Nierenschädigungen durch Erkältungen, resp. Durchnässungen sieht Blum in dem mangelhaften Funktionieren des vasomotorischen Apparates. Während ordnungsgemäß der Kältereiz sowohl in der Haut wie in den Nieren eine Vasokonstriktion auslöst, nach deren Ablauf eine reaktive Blutüberfüllung stattfindet, stellen sich, besonders im Kriege, Verhältnisse ein, welche diese wichtige Abwehreinrichtung des Organismus stören, resp. insuffizient machen. Als solche Ursachen nennt Blum: „Unregelmäßige Ernährung und Verdauung, Alkoholgenuß, schwarzer Kaffee, übermäßiges Rauchen, kolossale Muskelarbeit und andere Gifte, resp. bakterielle Infektionen und Intoxikationen nach fieberhaften Erkältungskatarrhen verschiedener Schleimhäute, ambulanten Typhen, Skarlatina und eventuell auch der schädigende Einfluß des prophylaktischen Serum und Vakzine-Injektionen". Wenn diese Momente z. T. auch im Frieden eine Rolle spielen, so sind sie doch im Kriege so vervielfacht, daß man dadurch sich die Häufigkeit der Nierenerkrankungen — echter Glomerulonephritis — erklären kann. Auch bei den Funktionsstörungen der Blase scheint es sich wenigstens im Beginn der Erkrankung um Zirkulationsstörungen zu handeln. Es ist hier nicht der Platz, die sorgsam zusammengefaßten klinischen Merkmale dieser Erkrankungen wiederzugeben. Der Verfasser sagt zusammenfassend: „Im klinischen Bilde unserer Erkältungspollakisurie dominiert der krankhafte Harndrang." Die Intensität dieses Symptoms teilt der Verf. in drei Grade. 1. Änderungen des Harndranges ohne nachweisbare anatomische Läsion (einfache Kältepollakisurie, Erkältungsharndrang), oft durch einfache Erwärmung schnell vorübergehend, aber auch bei neuer Durchnässung schnell rezidivierend. 2. Erkältungsharndrang mit kompletter oder inkompletter Harnverhaltung. 3. Pollakisurie bei pathologischer Harnbeschaffenheit. Seiner Auffassung über die Vorgänge bei normaler Miktion und krankhaftem Harndrang und über die Bedeutung der hinteren Harnröhre

Digitized by Google

folgend, sagt der Verfasser: Wir werden in pathologischen Veränderungen der hinteren Harnröhren- und der Trigonum-Schleimhaut den Sitz und die Ursache der Erkrankung vermuten müssen. Und tatsächlich kommt durch Einführung thermischer oder chemischer oder elektrischer Reize (z. B. durch Sonden oder Lapis-Ätzungen) des hinteren Harnröhren-Abschnittes oft unangenehmer Harndrang zustande; ebenso wird derselbe hervorgerufen durch entzündliche Reize (aszendierend Blennorrhoe, deszendierend Tuberkulose) oder durch Fremdkörper, z. B. Steine, während die letzteren in horizontaler Lage der hinteren Blasenwand anliegend, keine Beschwerden machen. Zum Schluß wendet sich Blum zu den Harnneurasthenikern, die allerdings auch im Frieden häufig genug sich einstellen. Oft findet man bei der zystoskopischen Untersuchung eine lokale Blutüberfüllung besonders am Kollikulus und am Trigonum, die sich durch Kauterisation beseitigen läßt. Temperaturwechsel, der bei vielen blasenempfindlichen Menschen Harndrang auslöst, kommt im Kriege besonders häufig vor; auch Überdehnung der Blase durch mangelnde Gelegenheit zur Entleerung (im Schützengraben sehr häufig), wird oft beobachtet. Endlich sind zu erwähnen die Fälle von spastischer und atonischer Pollakisurie; während Prognose und Therapie der ersteren sehr günstig, resp. leicht ist, ist die Krankheitsdauer der letzteren eine sehr langwierige und es ist nur durch lange, konsequente und sachverständige Behandlung eine völlige restitutio ad integrum zu erzielen, wobei Residualharn und Pollakisurie oft erst nach vielen Monaten verschwinden. Soldaten mit der spastischen Form werden nach kurzem Aufenthalt in den Etappenlazaretten wieder kriegsverwendungsfähig sein, während man Patienten mit andauerndem Vorhandensein von Residualharn besser im Hinterlande zu leichten Beschäftigungen heranzieht, da mit schneller Kriegsverwendungsfähigkeit bei der atonischen Pollakisurie nicht zu rechnen ist. O. Lasch-Breslau.

Die Beziehung chronischer Infektionen des Urogenital-Apparates zu unklaren inneren Störungen, von Hugh Hampton Young-Baltimore. (New York m. J., 13. Jan. 1917.) Nach einer, allerdings fast nur amerikanische Forscher berücksichtigenden Übersicht über die bezügliche Literatur der letzten Jahre (seit 1910) bespricht Verfasser der Reihe nach die einzelnen Organe des Urogenitalapparates, deren Erkrankung jeweilig zu weiteren Störungen im Bereiche weitabliegender Gewebselemente führen kann. Mit den Nieren beginnend, fand Y. fast alle Forscher darin übereinstimmend, daß bei Pyelitis selten Streptokokken gefunden werden und es damit wohl zu erklären sei, warum Arthritis, Rheumatismus und Endokarditis so selten Niereneiterungen begleiten; offenbar sind letztere meist auf Staphylo- und Gonokokken zurückzuführen und dann oft mit lokaler Herzaffektion — Endokarditis — verbunden. Über, von den Harnleitern ausgehende (Pyometeritis) Allgemeininfektionen finden sich in der Literatur keine Angaben, Y. hat aber zahlreiche Fälle gesehen, wo zweifelsohne von Erkrankung der Harnleiter aus schwere Beeinträchtigung der Nierenfunktionen stattfand. Bezüglich der Blase ist nicht zu erwarten, daß bei gewöhnlichen Fällen von Zystitis viel Resorption von der Blasenschleimhaut aus erfolgen kann, da dieselbe eine der am wenigsten aufsaugenden (resorbierenden) Oberflächen des Körpers ist und auch schwere, lange sich hinziehende Fälle von Zystitis (Blaseninfektion) bei guter Drainage und häufigen Entleerungen selten Allgemeininfektionen verursachen; immerhin kann besonders die Bacillus coli-Infektion zu Fieber, Allgemeinstörungen und ernsten Erscheinungen von Toxämie führen. Ein wichtigerer Faktor ist jedenfalls die Rückwirkung (von der Blase aus) auf die Nieren und durch diese aufs Herz, Blutgefäße und andere lebenswichtige Gewebe; Beispiele aus Verfassers Erfahrung lehren, wie rasch oft schwere Störungen dieser Organe durch geeignete Behandlung der Nieren (Drainage) zum Verschwinden gebracht werden. Bei der Harnröhre und deren Adnexen bieten die verschiedenen drüsigen Gebilde, welche,

Digitized by Google

alle mit engen Ausführungsgängen versehen, in die Harnröhre münden, ein außerordentlich günstiges Feld für die Entwicklung chronischer Infektionen. Blennorrhoe ist wohl die Hauptursache derselben, indem in etwa 70—90% der Fälle die Adnexa befallen werden; immerhin möchte Verfasser, wenigstens für Amerika, feststellen, daß infolge der Erfolge mit den neuen Silbersalzen, der Aufklärung des Publikums u. a. mit Blennorrhoe weniger mehr vorherrscht, häufiger zur Heilung kommt und tief sitzende chronische Infektionen weniger häufiger geworden sind. Die durch den Gonokokkus hervorgerufenen Störungen allgemeiner Art sind sehr mannigfaltig und fast kein Organ oder Gewebe des Körpers bleibt von ihm verschont: außer den gewöhnlichen, durch direkte Ausdehnung der Infektion vorkommenden Veränderungen (Ampullitis, Vasitis, Epididymitis, Orchitis bei Männern, Vaginitis, Adenitis, Endometritis, Salpingitis u. s. f. bei Frauen, ferner Zystitis, Pyelitis, Nephritis) gibt es blennorrhoische Septikämie, Endokarditis, Arthritis, Synovitis, Pleuritis, Meningitis und lokalisierte Abszesse an fast jeder Stelle des Körpers. Eine der interessantesten Phasen der chronischen blonnorrhoischen Entzündungen ist das allgemeine Verschwinden des Gonokokkus und der häufige Ersatz desselben durch andere Bakterien, speziell den Streptokokkus, wie es besonders für die chronische Entzündung der Samenblasen nachgewiesen wurde. In zahlreichen Fällen, wo lange Jahre hindurch Patienten von schweren rheumatischen Gelenksaffektionen und myokarditischen Zuständen geplagt wurden, hat entsprechende Behandlung der Samenbläschen (Drainage) und Prostata genügt, um oft in wenigen Wochen wunderbare Heilresultate zu erzielen. Die Rolle auch der Prostata ist nach Y. Ansicht bei solchen lokalen und von ihr weitabgelegenen Infektionszuständen bis jetzt noch viel zu wenig gewürdigt worden; verschiedene seiner Fälle von Prostatahypertrophie waren mit Gelenks- und Herzstörungen verbunden und sehr rasch kamen letztere nach perinealer Prostatektomie und geeigneter Drainage zur Heilung. Der Wert vorliegender, sehr lesenswerter Abhandlung wird noch erhöht durch die einzelnen, der Praxis entnommenen Beispiele.

M. Stern-München.

Zur Organtherapie urosexueller und dermosexueller Störungen, von Max Marcuse. (Ther. d. Gegenw., Mai 1917.) In 25 Fällen von urosexuellen und in 5 Fällen von dermosexuellen Störungen hat M. im ganzen durchaus befriedigende Resultate erzielt mit dem von der Fabrik Wilhelm Ratterer in München hergestellten Hormin. Im Gegensatz zu anderen Organpräparaten nutzt es die wissenschaftliche Erkenntnis von dem „Consensus partium“ aus, indem es sich auf die Feststellungen einer weitgehenden Abhängigkeit der Sexualphysiologie und -pathologie von noch anderen Blutdrüsen als nur den Keimdrüsen stützt. Auf Grund dieser Tatsache enthält das Hormin die Extrakte von Hoden, Samenblasen und Prostata bzw. von Corpus luteum und Mamma, ferner von Leber, Hypophysis, Pankreas und Schilddrüse. Auf die sonst übliche Hinzufügung von Adjuvantien, Yohimbin usw. ist verzichtet worden. Einige Patienten bemängelten die Bekömmlichkeit der Tabletten für den Magen, der Suppositorien für die Darmfunktion; im mittelbaren oder unmittelbaren Anschluß an die Injektionen wurden ausnahmsweise Störungen des Allgemeinbefindens, in einem Falle gleichzeitig regelmäßige Anschwellung der Schilddrüse beobachtet. In der weitaus großen Mehrzahl der Fälle wurde das Präparat ohne jede Nebenwirkung gut vertragen. Besonders gute Erfolge erzielte M. bei 3 Fällen von „Climacterium virile“, 1 Fall von „Juvenilismus“ von „frigiditas feminina“ und einem Fall von Chlorose, Amenorrhoe, Defluvium capillitii. Diese Fälle sind in der Arbeit ausführlich mitgeteilt. Das Mittel wird in Form von Tabletten, Suppositorien und als subkutane Injektion abgegeben. Daß der Erfolg etwa nur suggestiv bedingt sei, schließt M. aus. Zu der Auffassung von Köhler, der die Wirkung der Organpräparate auf das Vorhandensein einer Aminosäure zurückführt, vermag M. nicht

Digitized by Google

Stellung zu nehmen. Köhler war zu diesem Resultat gelangt auf Grund seiner Erfahrungen bei der Behandlung der Amenorrhoe mittels der allerverschiedensten Organpräparate, die sämtlich gleich guten Erfolg brachten. E. Brinitzer-Altona.

Über die Antiseptika bei der Behandlung von Infektionen des Urogenitalsystems, von A. Ravogli-Cincinnati. (Am. J. of Surg., Jan. 1915.) Der Gebrauch von Antisepticis hat keinen Wert, wenn nicht gleichzeitig die Infektionsquelle beseitigt wird. Bei urogenitalen Affektionen wird dies durch Drainage, Massage, Spülungen usw. erreicht. R. Frühwald-Leipzig.

Über die Wirkung eines Hormones des Corpus luteum auf männliche und weibliche Keimdrüsen, von Edmund Herrmann und Marianne Stein-Wien. (W. kl. W., 1916, Nr. 25.) Die Versuche mit einem vom Verfasser hergestellten Präparate wurden an jungen Ratten und Kaninchen vorgenommen. Unter dem Einfluß der Injektionen blieb der Hoden im Wachstum etwa unter der halben Größe des Normalen zurück. Mikroskopisch zeigte er deutliche Merkmale der Entartung. H. Vörner-Leipzig.

Geschlecht, Geschlechtsleben und innere Sekretionen, von G. Marañon. (Rev. clin. de Madrid, 1915, Nr. 16.) Zu kurzem Referate nicht geeignet. R. Frühwald-Leipzig.

Über vorzeitige Geschlechtsentwicklung, von Obmann. (D. m. W., 1916, Nr. 7.) O. berichtet über einen nicht ganz vier Jahre alten Knaben, der wegen einer Paraphimose ins Georgenkrankenhaus in Meiningen eingeliefert wurde. Er war 121 cm groß und wog ohne Kleidung 68 Pfund. Die Geschlechtsteile entsprachen in ihrer Entwicklung denen eines 16 bis 18jährigen Jünglings. Der Penis war in nicht erigiertem Zustande 8 cm lang; die Hoden kleinpflaumengroß. Reichlicher Haarwuchs am Mons pubis. In den Achselhöhlen und auf den Lippen kein Haarwuchs. Die Stimme tief wie bei einem Erwachsenen. In geistiger Beziehung war der Knabe seinen Altersgenossen nur um weniges voraus. Die vorzeitige Geschlechtsentwicklung, die Makrogenetosomia praecox, kommt bei Tumoren der Epiphyse, der Nebennierenrinde, zuweilen bei Ovarial- und Hodengeschwülsten vor. In vielen Fällen von vorzeitiger Geschlechtsentwicklung fiel die übermäßige Körperentwicklung schon bei der Geburt auf. Kussmaul hält sie für eine bereits intrauterin beginnende Abnormität. Für den von O. beschriebenen Fall trifft keine der erwähnten Theorien zu. E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Druckfehlerberichtigung zur Arbeit Ullmann in Nr. 49, 1917:

auf S. 1084 Ohne Diagnose statt Eine Diagnose,
„ „ 1087 Zeile 20 einzufügen: von den nicht Gon. führenden vor Affektionen.
„ „ 1089 „ 5 Anfang einzufügen: oder vor darf oder,
„ „ 1092 „ 7 von unten Res.-Spit. 2 statt Res.-Spit. 102.

Die Jahresversammlung der American Dermatological Association fand am 24.—26. Mai 1917 in Cincinnati statt. Die nächste Versammlung findet in Philadelphia statt. Zum Vorsitzenden wurde Abner Post-Boston und zum Schriftführer Oliver S. Ormsby-Chicago gewählt.

Dr. Ernst Delbanco-Hamburg wurde von der Hamburger Bürgerschaft in die Deputation für die Justizverwaltung (Abteilung Gefängniswesen) gewählt.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

19. Januar 1918 | Nr. 3 | Band 66

Aus der Lupusheilstätte Hamburg.

2. Geschwürige Tuberkulose der Vulva auf luetischer Basis.

Von

Dr. P. Wichmann, leitendem Arzt.

Mit 2 Abbildungen.

B. Sch., 37jährige Näherin. 1904 Gonorrhoe in der Ehe erworben. 1912 Syphilis. Es wurden sieben antiluetische Kuren gemacht, die hauptsächlich in der Verabreichung von Hg bestanden. Im Laufe des Jahres 1913 stellte sich am Scheideneingang ein geschwüriger Prozeß ein. Es wurden drei Salvarsan-Injektionen, 21 Hg-Spritzen und 28 Einreibungen mit grauer Salbe vorgenommen. Infolge starker Mundentzündung wurde eine Zittmann-Kur an Stelle der Hg-Einreibungen verordnet. Eine gewisse Besserung am Unterleibe trat ein, dann erfolgte Stillstand der Beeinflussung. Daher wurden 24 Tuberkulin-Einspritzungen und lokale Bestrahlungen mit Blaulicht, zweimal täglich $^1/_2$ Stunde acht Wochen lang, angewandt. Hierauf trat eine Besserung der geschwürigen Prozesse ein. 1907 wurden beide Eierstöcke, 1912 der Blinddarm entfernt.

Eine Schwester leidet an Skrophulose und Kehlkopfschwindsucht. Patientin hat zwei Kinder, von denen eins kurz nach der Geburt gestorben ist, eins lebt und ist sehr kräftig.

Befund: 25. IX. 1916. Abgemagerte Patientin mit mäßigem Fettpolster. Es besteht eine leichte Verkrümmung der Wirbelsäule nach rechts. Am Leibe zahlreiche Schwangerschaftsnarben. Oberhalb der Scheidenöffnung befindet sich ein kraterförmiges, übelriechenden Eiter entleerendes Geschwür, welches an seiner äußeren Umrandung etwa die Größe eines Dreimarkstückes aufweist. Der Geschwürsgrund ist mit schwammigen Granulationen, die leicht bluten, besetzt. Er fühlt sich weich an, jedoch finden sich seitwärts einige härtere Zapfen, die zerklüftete Ulzerationen tragen und von der Seite her unregelmäßig gestaltet in das Geschwür hineinragen. Nach unten zu greift das Geschwür auf die Scheide über, bleibt aber hier mehr flach. In der Scheide selbst fühlt man an verschiedenen Stellen brettharte Zapfen, die gegen das Scheidenlumen vordringen und dasselbe an einzelnen Stellen fast gänzlich verlegen. Die Farbe der Geschwürsbildung ist eine lividrote, die Umgrenzung derselben nach unten links zu ist eine unregelmäßig gezackte. Oben rechts geht dieselbe in einen scharf abgegrenzten, wallartigen, festen Rand über (s. Fig. 1). Die Leistendrüse rechts stark geschwollen. Aus der Scheide entleert sich ein eitriger, übelriechender Fluor, der auch aus der Öffnung der Gebärmutter quillt. Die vaginale Untersuchung ist nur unter starker Blutung möglich, welche infolge Einreißens der zwischen den erwähnten Zapfen liegenden Ulzerationen und Schrunden herrührt.

Die inneren Organe ohne Besonderheiten. Urin (mit Katheter entnommen) frei von Eiweiß, Zucker und Sediment. Im Fluor, der aus der Gebärmutter entnommen wird, keine Gonokokken. Wassermann negativ.

Digitized by Google

Eine mit exzidiertem Material aus dem Vulvageschwür vorgenommene Impfung von Meerschweinchen hat bei mehrmaliger Ausführung stets den Tod der Tiere an Sepsis zur Folge.

Die vorgenommene Intrakutan-Reaktion mit $^1/_{10}$ mg Alt-Tuberkulin ergibt in Normalhaut +, in Krankheitsherd +. Ein Unterschied in der Stärke der Reaktion kann nicht wahrgenommen werden.

Eine Injektionskur mit Alt-Tuberkulin-Koch ergibt geringe Reaktion und wesentliche Besserung der Krankheitsherde, an denen leichte Überhäutungseffekte sichtbar werden und die teilweise zur Abheilung kommen.

Fig. 1.

Eine kombinierte Verabreichung von Jodkali und Salvarsan (zwei Salvarsanspritzen. Dosierung 4, intravenös), sowie eine anschließende Injektionskur mit Hydragyrum salicylicum ergibt zunächst eine schnell eintretende deutliche Besserung, dann aber bleibt jede Beeinflussung aus.

Es wird eine intravenöse Injektionskur mit Goldpräparat 1423 der Höchster Farbwerke, dem Natriumsalz einer Aminoaurophenolkarbonsäure, eingeleitet. (43 Injektionen, Dosen von 0,05—0,1.) Es tritt eine deutliche Reaktion nach diesen Einspritzungen an den Geschwulstteilen ein, welche von einer so wesentlichen Besserung begleitet ist, daß die Geschwulst bis auf einen kaum einmarkstückgroßen Rest abheilt.

Eine Behandlung an der Urethralmündung mit Mesothorium, um das schnelle Weitergreifen des Prozesses hier aufzuhalten, bringt eine Abheilung der bestrahlten Partien zustande.

Die histologische Untersuchung (s. Fig. 2) der geschwürig zerfallenen Teile ergibt ein diffuses Granulationsgewebe, welches in der Hauptsache aus großen Plasmazellen besteht, zwischen welche poly-

Digitized by Google

nukleäre Leukozyten eingestreut sind. Eine stärkere konzentrische Ansammlung der Zellen um die maximal erweiterten Gefäße ist unverkennbar, an einzelnen Stellen sind innerhalb der Zellanhäufungen unfertige Riesenzellenbildungen zu finden. Im Geschwürsgrunde zeigen kleinere Gefäße deutliche Wucherungen an der Gefäßintima, kleinste erscheinen obliteriert. Die Epitheldecke fehlt. Das Ödem und die Emigration weißer Blutkörper aus den Gefäßen sind hochgradig. In den nichtgeschwürigen

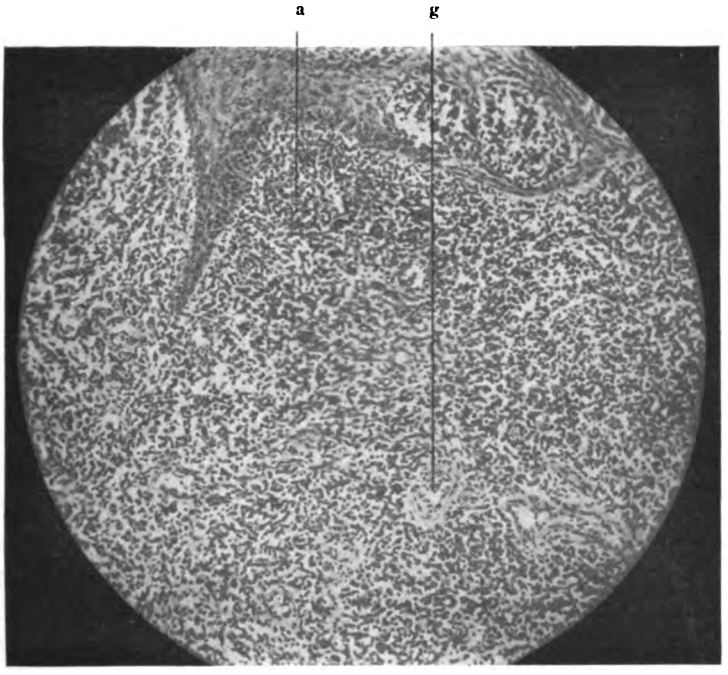


Fig. 2.
Zeiss apochrom. Ok. 4. Obj. 16. Hämatoxylin-Eosin.
Schnitt aus der Randzone des Geschwürs.
Das Epithel ödematös von polynukleären Leukozyten durchsetzt, welche stellenweise zu sehr starken Ansammlungen (a) im Stratum subpapillare angehäuft sind. Die Kutis ödematös von einem diffusen Infiltrat großer Plasmazellen, polynukleären Leukozyten und Lymphozyten eingenommen. An den Gefäßen (g) lebhafte Emigration und Wucherungsvorgänge an der Intima bemerkbar.

Partien erscheint das Epithel vielfach verdickt und mehr geradlinig gegen die Kutis begrenzt. In dieser fallen die parallel zur Oberfläche verlaufenden Bindegewebsbündel auf. Starke fibröse Umwandlung des Gewebes namentlich in den erwähnten Zapfen. In der Kutis an einzelnen Stellen begrenzte Infiltrate, die einen Kern aus Riesen- und Epithelioidzellen und eine Umscheidung von großen Plasmazellen mit spärlichen Lymphozyten erkennen lassen, jedoch sind die wenigen Epithelioidzellen außerordentlich dürftig entwickelt, und die Riesenzellen

Digitized by Google

zeigen nicht die ausgeprägte Ausbildung der LANGHANSschen Riesenzellen, sondern weisen einen mehr unfertigen Bau auf. Tuberkelbazillen oder Spirochäten können nicht nachgewiesen werden.

Patientin wird nach sieben Monaten in so weit gebessertem Zustand entlassen, daß die Geschwulst bis auf eine etwa fünfzigpfennigstückgroße, noch nicht überhäutete Geschwürstelle, die die Mündung der Urethra umfaßt, abgeheilt ist.

Epikrise: Der klinische Befund legt den Verdacht auf Tuberkulose oder Syphilis nahe, ohne jedoch eine Sicherheit zu bieten.

Die vergleichende Intrakutan-Reaktion mit Alt-Tuberkulin besagt hier bei gleichem Ausschlag in Normalhaut und Krankheitsherd nichts für die tuberkulöse Natur der Geschwulst, spricht natürlich auch nicht gegen Tuberkulose. Denn einmal ist die gleiche Dosierung, welche die Voraussetzung der richtigen Beurteilung ist, bei einem geschwürigen Herde gegenüber der geschlossenen normalen Haut schwer durchzuführen, indem ein Teil der injizierten Flüssigkeit aus dem zerfallenen Gewebe nach außen tritt und nicht zur Wirkung kommt. Sodann kann ein stärkerer Ausfall im Krankheitsherde dadurch verhindert werden, daß eine bestehende Mischinfektion die Antikörperproduktion herabsetzt. Eine Mischinfektion, wenn auch nur banaler Art, ist bei dem hier zerfallenen, eitrigen Tumor anzunehmen. Hieraus kann auch der schnelle Tod der Impftiere erklärt werden, welche sterben, ehe es zu einer Entwicklung einer Tuberkulose kommen kann.

Als beweisend für das Vorliegen einer Tuberkulose erscheint der Erfolg der spezifischen Therapie. Es ist niemals einwandfrei behauptet worden, daß nichttuberkulöse Affektionen auf Tuberkulin wesentlichen Rückgang und Abheilung erfahren. Wenig beweisend dagegen sind die geringen nach subkutanen Injektionen auftretenden Lokalreaktionen im Krankheitsherd. Es ist ja ohne weiteres verständlich, daß bei Personen, welche sicher Tuberkulose durchgemacht haben, deren Haut also auf Tuberkulin reaktionsfähig ist, solche nichttuberkulösen Dermatosen, die infolge größerer Gefäßentwicklung eine stärkere Durchblutung aufweisen, geringfügige Tuberkulinreaktionen nach subkutanen Tuberkulininjektionen zeigen können. Derartige geringe Reaktionen habe ich beispielsweise bei Akne vulgaris tuberkulöser Personen gesehen. Eine typisch ausgebildete Lokalreaktion nach subkutaner Injektion am anderen Orte wird natürlich immer für Tuberkulose des Krankheitsherdes sprechen. Wenn JADASSOHN nach Einreibung von Tuberkulinsalbe nach MORO in drei Fällen von Syphilis intensive Lokalreaktion der syphilitischen Krankheitsherde sah, ohne daß bei dem Patienten klinisch von Tuberkulose irgend etwas festzustellen war, so ist wohl anzunehmen, daß diese Personen, wie die meisten Menschen, mit Tuberkulose in Berührung gekommen sind und

Digitized by Google

die stärker vaskularisierten Herde, wie oben dargelegt, deutlich reagierten. Es lag nahe, bei unserem Falle durch eine subkutane Tuberkulininjektion eine Lokalreaktion in der Geschwulst herbeizuführen. Dabei hätte man aber, wie uns die Erfahrung bei geschwürigen Prozessen lehrte, eine sehr starke Dose anwenden müssen, und das erschien uns bei der sehr überempfindlichen Patientin aus naheliegenden Gründen zunächst nicht angezeigt. Konnte somit an dem Bestehen einer Tuberkulose infolge des Einflusses der Tuberkulintherapie kein Zweifel sein — eine Annahme, die noch durch die günstige Beeinflussung der Goldtherapie unterstützt wird —, so mußte der sicher beobachtete Einfluß der antiluetischen Therapie zu denken geben. Zwar muß nach der Literatur anerkannt werden, daß Quecksilber wie Jodkali eine günstige Einwirkung auf Hauttuberkulose haben können (ASSELBERG, GRÜNBERG, WOLTERS). JADASSOHN weist aber mit Recht darauf hin, daß in derartigen Fällen eine Kombination von Lues und Tuberkulose nicht von der Hand zu weisen ist. HERXHEIMER und ALTMANN haben bei Lupus vulgaris nach Salvarsan deutliche Heilwirkungen gesehen, jedoch sind diese Behandlungen mit Tuberkulin (!) kombiniert worden. Eine schnelle und deutliche Einwirkung des Salvarsans wird nach dem heutigen Stande des Wissens immer für Lues sprechen, und eine derartige Einwirkung war bei unserem Falle zu sehen.

Bestärken muß in dieser Hinsicht das histologische Bild: die Wucherungen der Gefäßintima, die Obliteration kleinerer Gefäße, das Vorwiegen der großen Plasmazellen, die die Gefäße mantelartig umgeben, die unfertigen Riesenzellenbildungen, endlich die Entwicklung des fibrösen Gewebes, welche Hand in Hand mit dem Fortschreiten des geschwürigen Prozesses geht — alle diese, für die Akuität der Entwicklung sprechenden Erscheinungen werden bei Tuberkulose wohl selten angetroffen.

Wir sind daher berechtigt, hier von einer Kombination von Tuberkulose und Lues zu sprechen. Es liegt sehr nahe, daran zu denken, daß die Infektion mit Tuberkulose sich auf dem Boden einer papulösen Lues angesiedelt hat. Da für eine absteigende Urogenitaltuberkulose keine Anhaltspunkte vorliegen, für die Annahme einer hämatogenen Entstehung keine Gründe ohne Zwang geltend gemacht werden können, so scheint hier die primäre Infektion von außen am wahrscheinlichsten. Wir sehen die Entwicklung der Infektionen trotz langen Bestandes auf die Schleimhaut beschränkt, die größere Immunität der Haut schützt diese vor dem Ergriffenwerden. Endlich ist angesichts der Häufigkeit der ulzerösen Genitaltuberkulose bei Prostituierten hervorzuheben, daß die Trägerin als der Prostitution angehörig im höchsten Grade verdächtig erscheint.

Digitized by Google

Über den Nachweis des Bakterienkerns.

Von

Dr. Josef Schumacher in Berlin.

(Schluß.)

e) Wodurch entsteht das Albargin-Pyrogallolbild der Bakterienkörnchen? Nukleinsäure oder Eiweiß?

Sehen wir, daß die Körnchen sich stark mit Albargin-Pyrogallol färben und erkennen wir, daß die Silber-Körnchenverbindung dieselben Eigenschaften zeigt wie seinerzeit die Silber-Nukleinverbindung der Leukozytenkerne und dieselben chemischen Reaktionen gibt wie seinerzeit das in vitro behandelte nukleinsaure Silber, so kann es keinem Zweifel unterliegen, daß die hohe Argentophilie der Bakterienkörnchen einem Nukleinsäuregehalt dieser zuzuschreiben ist.

Erkennen wir so einen Nukleinsäuregehalt der Bakterienkörnchen, so müssen wir auch hier wieder ausschließen, daß die Albargin-Pyrogallolreaktion ihr Entstehen nicht etwa dem Eiweiß dieser Körnchen verdankt, dessen Anwesenheit oben durch makrochemische Methoden nachgewiesen wurde. Wir verfuhren dabei wieder wie früher bei den Leukozyten. Dort konnten wir durch fünfmalige Behandlung einer Leukozytenzelle mit Silbernitrat oder Albargin und Kochsalz den Leukozytenkern seines Nukleinsäuregehaltes fast völlig entkleiden, was wir daran erkennen konnten, daß eine sechste Albargin-Pyrogallolbehandlung kein Kernbild mehr gab. So auch hier. Eine fünfmalige Vorbehandlung mit Silbernitrat oder Albargin und Kochsalz gestattet auch bei den Bakterien nicht mehr, die beschriebenen nukleinsäurehaltigen Körnchen noch darzustellen. Färbt man aber die so behandelte Bakterienzelle mit basischen Farbstoffen nach, so färbt sie sich in toto wie die Leukozytenkerne nach wie vor intensiv. Würden die Körnchen aus reiner Nukleinsäure bestehen, so müßten sie nach dieser Behandlung als weiße Lücken erscheinen und müßten auch nach bloßem Aufkochen in Wasser verschwinden, da sich reine Nukleinsäure in heißem Wasser löst. Dies ist nicht der Fall. Aber wenn die Bakterien 5 Minuten lang mit 2%iger Salpeterlösung gekocht werden, wodurch bekanntlich die Nukleinsäure aus den Nukleoproteiden abgespalten wird, sind die Albargin-Pyrogallolkörnchen, wie zu erwarten war, ebenso wie bei den Leukozyten nicht mehr darstellbar, aber auch hier ist die Zelle bei Nachbehandlung mit Farbstoffen noch in toto gefärbt, ohne Lücken aufzuweisen.

Digitized by Google

Das Albargin-Pyrogallol-Bakterienkörnchenbild ist daher ein reines Nukleinsäurebild.

Nach den erhobenen Befunden kann es keinem Zweifel unterliegen, daß in den sich mit Albargin-Pyrogallol schwarz färbenden Bakterienkörnchen die wirklichen Kerne der Bakterien vorliegen. Dafür spricht erstens der erwiesene Nukleinsäure- und Eiweißgehalt. Wir sehen ferner, daß die Körnchen durch Lösungsmittel für Nukleoproteide aus den Zellen entfernt werden können, gerade wie die Kerne der tierischen Zellen, wenn auch etwas schwieriger als diese. Die Morphologie der Körnchen, ihre runde Gestalt, die kaffebohnenförmige Anordnung der Körnchenteilung, ihr Vorkommen zu drei und vier Exemplaren bei Weiterverteilung gerade in üppig wachsenden Kulturen und ihr spärliches Auftreten in älteren, bei gewöhnlicher Temperatur aufgehobenen Kulturen spricht weiter für die oben aufgestellte Behauptung. Betrachten wir eine Staphylokokkenkultur, die längere Zeit bei gewöhnlicher Temperatur gestanden hatte, so erkennt man mit der kombinierten Albargin-Pyrogallol-Pyroninfärbung fast nur Kokken mit einem einzigen exzentrisch gelegenen Körnchen. Hat sich diese Kultur aber bei 12 bis 24stündigem Verweilen im Brutschrank tüchtig vermehrt, und färbt man dann mit der Albargin-Pyrogallol-Pyroninmethode, so findet man neben Kokken mit einem Körnchen in dem rosa gefärbten Bakterienleib zahlreiche kaffeebohnenförmige, schwarzgefärbte Diplokokkenformen, d. h. Mitosen. Das gehäufte Auftreten und die starke Teilung der nukleinsäurehaltigen Körnchen bei Bruttemperatur spricht doch sehr für deren Natur als Kerne. Nicht zuletzt ihre große Affinität zu basischen und ihre geringe Verwandtschaft zu sauren Farbstoffen. Die makrochemische Darstellung von Bakteriennukleoproteiden, aus denen sich echte Nukleinbasen darstellen lassen und die stark phosphorsäurehaltig sind, erhärtet den Beweis, zumal man histochemisch alsdann zeigen kann, daß jetzt die Albargin-Pyrogallol-Bakterienkörnchen nach dieser Behandlung fehlen.

Die nächstliegende Frage ist nun die, wie verhält sich der Kokkus zum Methylgrün und den übrigen Nukleinsäurereagentien. Das soll im folgenden beantwortet werden.

f) Das Salvarsan-Albarginbild.

Haben wir oben nachgewiesen, daß die Bakterienkerne nukleinsäurehaltig sind, so mußten sie sich auch mit der Salvarsan-Albarginmethode darstellen lassen. Das ist in der Tat der Fall. Behandelt man jedoch ein Bakterienpräparat ohne Vorbehandlung gleich mit Salvarsannatrium-Albargin, so sind die winzigen Kerne zwar darstellbar, treten aber nicht be-

Digitized by Google

sonders schön hervor, da auch das Protoplasma einen nicht unerheblichen Teil Salvarsan bindet. Man kann sie aber prächtig darstellen, wenn man die Präparate vor der Salvarsan-Albarginbehandlung eine Stunde bei 37° mit destilliertem Wasser behandelt, worauf das Protoplasma etwas weniger Salvarsan bindet. Läßt man auf ein so vorbehandeltes Kokkenpräparat alsdann 5—10 Minuten lang eine 1%ige Salvarsannatriumlösung einwirken, die, wie früher beschrieben, bereitet werden muß, spült ab und bringt alsdann eine 1%ige, mit gewöhnlichem Wasser angesetzte Albarginlösung darauf, die man wieder unter Hin- und Herschaukeln des Objektträgers ungefähr eine Minute lang einwirken läßt, so erkennt man nach Abspülen und Trocknen, daß jetzt alle die mit Albargin-Pyrogallol darstellbaren Körnchen dunkelbraun zu sehen sind. Wieder erkennt man die exzentrische Lagerung des Kerns in den einzelnen Kokken, in manchen Bakterien wieder zwei und mehr Körnchen. Daß sich hier wirklich dieselben Substanzen mit Salvarsan-Albargin darstellen lassen, wie mit Albargin-Pyrogallol, erkennt man erstens an der Lagerung der Körnchen und zweitens daran, daß sie wieder alle Nukleoproteidreaktionen geben, Unlöslichkeit auch bei 24stündigem Verweilen in destilliertem Wasser, Löslichkeit bei Vorbehandlung mit Alkali.

g) Die Osmium- und Rutheniumchloridfärbung.

In früheren Arbeiten lernten wir das Osmium- und Rutheniumchlorid als Nukleinsäurereagentien kennen. Es war daher anzunehmen, daß die Bakterienkerne auch mit diesen Substanzen voraussichtlich darstellbar sind. Andererseits sahen wir aber bereits bei den Leukozyten im Gegensatz zu dem Albargin-Pyrogallolkernbild, wo Kern und Protoplasma durch große färberische Unterschiede schön differenziert sind, daß sich bei der Osmiumchlorid- und Rutheniumchloridmethode auch das Protoplasma stark mitfärbte und die Affinität der Schwermetallsalze zu den Eiweißkörpern hier infolge ihrer großen Eigenfarbe sich stärker bemerkbar machte als bei der indirekten Silber-Pyrogallolmethode. Bei der Kleinheit der Nukleinsäurekörnchen, die wir in dem obigen Bilde sahen, war es daher zum mindesten zweifelhaft, ob sie gegenüber der größeren Protoplasmamenge bei der Osmium- und Rutheniumchloridfärbung genügend hervortraten, um erkannt zu werden. Die winzigen Kerne gehen bei der Osmium- und Rutheniumchloridfärbung ebenso im Protoplasma unter, wie bei der Färbung mit gewöhnlichen Anilinfarben. Aus diesem Grunde sind sie auch nicht mit Methylgrün darstellbar, wie wir noch sehen werden. Behandelt man einen Kokkenausstrich 10 Minuten lang mit einer 2%igen Lösung von Osmiumchlorid oder einer ½%igen Lösung von Rutheniumchlorid, so erkennt man, daß alle Kokken sich hell-

Digitized by Google

braun bei dem Osmium, grau bei dem Ruthenium gefärbt haben. Einzelne, besonders große Kokken, auf die später noch besonders zurückgekommen wird, färben sich aber weit intensiver braun oder grauschwarz.

Sucht man die Präparate aber genauer ab, besonders unter Drehen der Mikrometerschraube, so gelingt es in einzelnen Exemplaren mitunter doch, den exzentrisch gelegenen Kern zu entdecken. Diese beiden Nukleinsäurereagentien eignen sich daher bei Bakterien mit kleinen Kernen, wozu der beschriebene Kokkus gehört, nicht zur Darstellung des Kerns. Wählt man jedoch einen Kokkus mit größeren Nukleinsäurekörnchen (Gonokokkus), so treten diese mit Osmiumchlorid und Rutheniumchlorid stark braun, resp. schwarz gefärbt hervor. Auch der Diphtheriebazillus ist dazu geeignet. Die Hefezelle tingiert ebenfalls ihr zierliches Nukleinsäureskelett gut mit Osmium und Ruthenium.

h) Das Methylgrünbild.

Bisher ist allgemein die Ansicht verbreitet, daß sich die Bakterien nicht mit Methylgrün färbten. Das ist bis zu einem gewissen Grade auch der Fall. Besonders alte Kulturen färben sich nicht mit diesem Farbstoff, da sie sehr nukleinsäurearm sind, wie ich mit der Albargin-Pyrogallolmethode fand. Wer aber einmal Gonokokken im Gonorrhoeeiter oder Diphtheriebazillen mit Körnchen mit Methylgrün behandelt hat, wird erstaunt sein, wie intensiv sich diese Mikroorganismen mit Methylgrün färben. Dem aufmerksamen Beobachter werden jedoch auch in sich schlecht mit Methylgrün färbenden Kulturen nicht einzelne Exemplare entgehen, die stärker das Methylgrün annehmen als die umgebenden Exemplare. Zur Methylgrünfärbung der Bakterien sind daher immer stets üppigst wachsende Kulturen zu verwenden. Färbt man einen Ausstrich einer solchen Kultur (24—48 Stunden alt) des beschriebenen Kokkus, so erkennt man schon makroskopisch, daß der Ausstrich Methylgrün angenommen hat. Mikroskopisch erkennt man die meisten Bakterien schwach methylgrün gefärbt, von diesen heben sich aber einige besonders große Exemplare als stärker methylgrün gefärbt hervor, die sich bereits, wie oben erwähnt, auch stärker mit Osmium- und Rutheniumchlorid gefärbt haben und die äußerst nukleinsäurehaltig sind, worauf gleich später noch zurückgekommen wird. Das Methylgrün verhält sich also wie das Osmium- und Rutheniumchlorid. Die winzigen Kerne sind der großen Protoplasmamasse wegen, das ebenfalls eine Affinität zu den Reagentien besitzt, zu wenig differenziert, um gesehen zu werden. Daß Bakterien mit großen Nukleinsäuremassen sich stark (Gonokokkus) und äußerst stark (Diphtheriebazillus mit Körnchen) mit Methylgrün färben, wurde schon erwähnt, auch die Hefezelle färbt sich gut mit Methylgrün.

Digitized by Google

i) Das Phosphinbild.

Aus denselben Gründen wie bei dem Osmium, Rutheniumchlorid- und dem Methylgrün sind die Kerne der Bakterien auch nicht mit Phosphin darzustellen, da sie eben in der den Kernen gegenüber großen gefärbten Protoplasmamasse untertauchen. Auch hier geben Gonokokken und Diphtheriebazillen gute Resultate.

Resümierend können wir uns dahin zusammenfassen, daß die beste Darstellungsmethode des Bakterienkerns die Albargin-Pyrogallolmethode ist, besonders in Kombinationen mit dünnen Farbstofflösungen, die Salvarsan-Albarginmethode für die Darstellung erst in zweiter Linie in Betracht kommt. Die übrigen Nukleinsäurereagentien differenzieren Kern und Protoplasma zu wenig, um zur Darstellung der Kerne Verwendung zu finden.

Bei Bakterien mit kleinen Kernen werden diese mit Osmium-, Ruthenium- und Methylgrün wohl darstellbar sein, sofern es uns gelingt, ein Lösungsmittel für das Bakterienprotoplasma ausfindig zu machen, das die Kerne verschont. Das ist mir bei manchen Bakterien, auch bei pathogenen, bereits gelungen, aber bei dem beschriebenen Kokkus war jede Mühe vergebens. Das Protoplasma dieser Bakterien ist chemischen Reagentien gegenüber unglaublich widerstandsfähig. Weder durch Wasser, noch durch Salzlösungen, auch beim Aufkochen nicht, weder durch Oxydationsmittel in der Hitze (konzentriertes Wasserstoffsuperoxyd, Ammoniumpersulfat, Chromsäure), noch durch Reduktionsmittel, noch durch Kochen mit verdünnten Säuren und verdünnten kohlensauren Alkalien ist es zur Lösung zu bringen. Nach wie vor färbt es sich intensiv mit Gentianaviolett. Nur sehr starke Alkalilaugen greifen es an, da diese aber auch die Nukleine lösen, kommen sie für den beabsichtigten Zweck nicht in Betracht.

k) Die Darstellung des Bakterienkerns mit Farbstoffen.

Da die starke Basophilie des Bakterienprotoplasmas die färberische Darstellung des kleinen Bakterienkerns nicht gestattet, aus denselben Gründen wie bei dem Methylgrün, dem Osmium und dem Ruthenium, und dieses allen Lösungsversuchen trotzt, so steht eine einfache Methode zur färberischen Darstellung des Bakterienkerns bei diesem Mikroorganismus noch aus. Dennoch gelingt es, den Bakterienkern mit einer gleich noch zu schildernden Methode färberisch darzustellen. Voraussetzung hierbei sind auch wieder frische, üppig wachsende Kulturen, 24 bis 48 Stunden alt. Zu bemerken ist, daß die Methode leider nicht immer zum Ziele führt, manche Kulturen geben ein prächtiges Kernbild, bei manchen Kulturen mißlingt der Versuch. Diese Inkonstanz des Auftretens des

Digitized by Google

Bildes ist damit zu erklären, daß sich mit der zu erwähnenden Methode chemisch ein ganz anderer Körper des Kerns färbt, als beispielsweise mit der wohlgemerkt konstant auftretenden Albargin-Pyrogallolmethode.

Behandelt man einen Bakterienausstrich 20 Minuten lang mit einer 0,1%igen essigsauren Lösung von Gentianaviolett (Gentianaviolett 0,1, Eisessig 5,0, Wasser ad 100), spült gut mit Wasser ab und bringt jetzt eine 1%ige wässerige Phosphinlösung darauf, die man wieder unter Hin- und Herschaukeln des Objektträgers 1—2 Minuten lang einwirken läßt, so erhält man bei richtig angefertigten Präparaten ein hübsches Bild. Man sieht in vielen Fällen das Protoplasma, das bei der Albargin-Pyrogallol-Pyroninmethode rosa gefärbt war, hier hellgelb gefärbt, und alle bei der erwähnten Methode schwarz gefärbten Körnchen hier tief violett tingiert. Auch hier liegt in den einzelnen Zellen der Kern wieder exzentrisch (siehe Fig. 2).

Die Technik dieser Methode ist nicht leicht. Es hängt alles davon ab, daß die Einwirkung des Phosphins rechtzeitig unterbrochen wird. Wirkt das Phosphin zu lange ein, dann sind alle Körnchen der violetten Farbe beraubt, und Bakterien erscheinen hellgelb, wirkt das Phosphin zu kurz ein, dann sind die ganzen Bakterien noch violett. Die optimale Einwirkungszeit des Phosphins liegt zwischen 1 und 2 Minuten. Jedenfalls gelang es uns sehr oft, die beschriebenen Bilder zu erhalten.

Sehen wir nun bei einem auf die beschriebene Weise gewonnenen, einwandfreien Bild an der Lagerung, daß sich die Kerne gefärbt haben, so müssen wir jetzt entscheiden, ob diese Färbung den Nukleinen der Kerne oder einem anderen chemischen Körper zuzuschreiben ist. Diese Frage entscheidet schon ein ganz einfacher Versuch. Stellt man nämlich einen Ausstrich einer Kultur, die mit Gentianaviolett-Phosphin Kerne darstellen läßt, über Nacht in destilliertes Wasser bei 37°, so ist die Gentianaviolett-Phosphinfärbung nicht mehr zu erzielen, woraus geschlossen werden kann, daß ein wasserlöslicher Körper die beschriebene Färbung verursacht. Nach wie vor sind an einem solchen Präparat die Nukleoproteide als wasserunlösliche Körper mit der Albargin-Pyrogallolmethode darstellbar.

Wir haben daher in dem beschriebenen Kokkus durch die erwähnten histochemischen Methoden bis jetzt mit Sicherheit drei chemische Körper nachgewiesen:

1. Das allen chemischen Reagentien widerstehende wasserunlösliche, mit allen basischen Farbstoffen darstellbare Protoplasma,
2. die wasserunlöslichen, alkalilöslichen, durch Kochen mit verdünnter Salpetersäure chemisch in Nukleinsäure und Eiweiß spaltbare

Digitized by Google

Nukleoproteide, die mit der Albargin-Pyrogallol- und Salvarsan-Albarginmethode darstellbar sind, und

3. eine wasserlösliche Kernsubstanz, die durch kombinierte Gentianaviolett-Phosphinfärbung darstellbar ist.

C. Morphologische Varietäten des beschriebenen Kokkus.

Der beschriebene Kokkus bietet der Befunde noch mehr. Betrachtet man aufmerksam einen mit gewöhnlichem Gentianaviolett gefärbten Ausstrich einer 48stündigen Kultur, so entgehen einem nicht einzelne Exemplare, die durch ihre besondere Größe sich von den umgebenden Exemplaren abheben. Meist liegen sie zu 4—5 Exemplaren hintereinander oder in ganzen Haufen beisammen. (Siehe schwarze Zellen der Fig. 1.) In 24stündigen Kulturen fehlen sie meist noch. Fahndet man in einem Albargin-Pyrogallolpräparat nach diesen großen Exemplaren, so findet man, daß sie pechschwarz, im Gegensatz zu den winzigen Körnchen tragenden Bakterien der Umgebung vollgepfropft mit schwarzen Körnchen sind. Wir hielten diese Nukleinsäureanhäufungen lange Zeit für Niederschläge. Betrachtet man ein solches Präparat nach dreimaliger Vorbehandlung mit Silbernitrat und Kochsalz, so ist der schwarze Inhalt dieser Exemplare ebenso verschwunden wie die Kerne der übrigen Bakterien, jedoch treten jetzt die Zellgrenzen stärker hervor, hervorgerufen durch eine Substanz, deren Silberverbindung also kochsalzunlöslich ist und daher keine Nukleinsäure sein kann. Wir erwähnten schon weiter oben, daß sich diese großen Exemplare auch mit Osmium-, Ruthenium-, Methylgrün und Phosphin stärker färben als ihre Umgebung.

Oxydiert man einen solchen Ausstrich heiß durch Aufkochen in konz. Wasserstoffsuperoxyd oder behandelt man ihn kurze Zeit (15 bis 25 Sekunden lang) mit 10%iger Sodalösung, oder 1 Stunde lang mit 1%iger Natronlauge und färbt mit 1%igem Gentianaviolett nach, so erhält man ein Bild, das Fig. 3 wiedergibt. Man erkennt lediglich nur in großen Kokkenexemplaren oft ein peripher gestelltes, relativ großes, violett gefärbtes Korn, das von einer absolut farblosen, weißen Zone umgeben ist, die sehr oft Halbmondform besitzt. Diese Zone ist oft durch einen schwach violett gefärbten Hof umsäumt. Wo zwei violett gefärbte Gebilde in einer Zelle einander gegenüberliegen und wo anscheinend Mitosen vorliegen, ist der Zwischenraum zwischen beiden Bestandteilen weiß geworden, und die Körner erscheinen stark lichtbrechend. Betrachtet man, nachdem man dieses Bild im Kopfe hat, daraufhin ein Albargin-Pyrogallolpräparat, so erkennt man neben gänzlich mit schwarzen Körnchen vollgepfropften großen Exemplaren einzelne, in denen

Digitized by Google

die pechschwarze Farbe halbmondförmig einen weißen, runden Körper umgeben.

Bei der beschriebenen Behandlung mit Wasserstoffsuperoxyd oder Alkali zeigen nur die großen Exemplare eine Veränderung, während die gewöhnlichen Kokken unverändert mit Gentianaviolett in toto gefärbt erscheinen. Eine Verunreinigung der Kultur liegt nicht vor, da wir den Befund konstant erheben konnten, oft in einer älteren Kultur, die vorher nur 24 Stunden alt den Befund noch nicht gab. Die nach der Behandlung der Ausstriche mit Alkali oder durch Oxydationsmittel als weiß hervortretenden, meist halbmondförmigen Gebilde enthalten mit allerhöchster Wahrscheinlichkeit reine ungebundene Nukleinsäure, wofür ihre außerordentlich hohe Affinität für Silber spricht, sowie ihre leichte Löslichkeit in Alkalien und vor allem ihre außerordentlich leichte Oxydierbarkeit. Auch in einem Leukozytenpräparat können wir durch Oxydation langsamer oder rascher, je nach der Konzentration, durch Oxydationsmittel das Albargin-Pyrogallolkernbild zum Verschwinden bringen, d. h. die Nukleinsäure chemisch zerstören, worauf wir noch zurückkommen. Für die Nukleinsäurenatur der halbmondförmigen Gebilde spricht ferner die Unmöglichkeit der Darstellung mit Albargin-Pyrogallol nach dreimaliger Vorbehandlung mit Silbernitrat und Kochsalz, sowie ihre starke Affinität zu Osmium, Ruthenium, Methylgrün und Phosphin. Bewiesen wird die Anwesenheit von reiner Nukleinsäure in den Halbmonden dadurch, daß einfaches Aufkochen in Wasser bewirkt, daß jetzt in den großen Zellen keine Vollpfropfung mit schwarzen Körnchen mehr zu sehen ist und sich diese Zellen lediglich durch eine starke hellgelbe Farbe verraten, während die Kerne als Nukleoproteide, als Nukleinsäure-Eiweißverbindung nach wie vor bei einfachem Aufkochen in Wasser erhalten sind. Aus diesen wird die Nukleinsäure erst abgespalten durch Kochen in 2%iger Salpetersäure. Reine Nukleinsäure löst sich aber in Wasser in der Siedehitze leicht.

Die biologische Bedeutung dieser morphologischen Varietät ist noch unklar.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Allgemeines.

Einige Bemerkungen zu Begriff und Definition des Hermaphroditismus, von Jaroslav Krizenecky-Prag. (Anat. Anz., 1917, Bd. 50, Nr. 1—2.) Die einzige, vom allgemein biologischen Standpunkte aus mögliche Definition des Hermaphroditismus verus ist die folgende: Unter Hermaphroditismus verus ist Produktion beidergeschlechtlicher Gameten in einem und demselben Individuum zu verstehen. Nur diese Produktion von beidergeschlechtlichen Gameten als ein Vorgang mit allen seinen Stadien ist bei der Auffassung des Hermaphroditismus in Betracht zu ziehen. Alles andere dann, ob nämlich diese Produktion in einer gemeinsamen oder in zwei voneinander getrennten und sexuell anatomisch-morphologisch differenten Keimdrüsen stattfindet, ist für die allgemeine Determination des Hermaphroditismus als solchen von keiner Bedeutung. Diese Auffassung des Hermaphroditismus ermöglicht auch eine gemeinsame Betrachtung aller bisher bekannten Hermaphroditismusfälle, sowohl bei Tieren als auch beim Menschen.

O. Gans-Karlsruhe.

Ein Fall von Hermaphroditismus verus bilateralis beim Menschen, von A. Kleinknecht-Mülhausen i. Els. (Beitr. z. kl. Chir., 1916, Bd. 102, H. 2.) Nach der bestimmten Definition des wahren Hermaphroditismus, wonach der Schwerpunkt der Definition allein in der Mischung der germinalen Geschlechtscharaktere, in der Kombination männlicher und weiblicher Geschlechtsdrüsen, aber weder in der besonderen Anordnung noch in der kontemporären Reifung oder Funktion der Keimzellen liegt, beschreibt der Verfasser eingehend einen der seltensten Fälle des bisher beim Menschen noch nie beobachteten Hermaphroditismus verus bilateralis. Zahlreiche histologische Bilder bestätigen seinen Befund. Der interessante Fall ist im Original nachzulesen.

W. Chrzelitzer-Posen.

Ein Fall von Selbstzerklüftung eines Nierensteines, von C. Adrian-Straßburg. (Bruns Beitr. z. kl. Chir., 1916, Bd. 102, H. 2.) In einer operierten Steinniere findet der Verfasser einen größeren Stein und zwei kleinere, welche nach ihrer Form und Farbe zusammengehört haben und in vivo auseinandergesprengt waren. Der eine Stein ist tellerförmig ausgehöhlt, während der andere in einem anderen Hohlraum gelegen kuppelartig erhoben ist. Eine an beiden Steinen sichtbare, schalenförmige Absprengung einer Randpartie, die von einem Fragment auf das andere übergehende Farbennuancierung, ferner eine ganz ausgeprägte, von einem Bruchstück zum anderen herüberziehende kammartige Leiste sprechen für die Zusammengehörigkeit beider Fragmente. Mikroskopisch besteht die beide Nierenfragmente trennende Leiste aus demselben Gewebe wie die Umgebung. Aus dem Vorhandensein dieser trennenden Leiste ergibt sich mit Sicherheit, daß der Bruch des Steines vor der Operation und vor der Exstirpation der Niere innerhalb derselben erfolgt ist. W. Chrzelitzer-Posen.

Ein Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus completus, von P. Möller. (Hospitalstidende, 1917, Nr. 23.) Kurz zusammengefaßt bieten die Genitalien das Bild eines männlichen Pseudohermaphroditus masculinus completus dar, indem die äußeren Geschlechtsteile gewiß teilweise den normalen männlichen ähneln, sich aber doch durch die Spaltung des Hodensacks in zwei „Labien", durch die Hypospadie, den Kryptorchismus und die Begrenzung der Behaarung stark dem weiblichen Typus nähern, während die inneren Organe eine verhältnismäßig hohe Entwicklung der von den Müller-schen Gängen entstandenen Kanäle zeigen: Tubae, Uterus und Vagina, nebenbei männliche Geschlechtsdrüse und Rudimente der männlichen Ausfuhrkanäle. Daß die Vorsteher-

Digitized by Google

drüse rudimentär entwickelt ist, entspricht der früher häufig gemachten Beobachtung, daß sie im Bezug auf die Entwicklung den äußeren Genitalien folgt.

W. Holland-Kristiania.

Ein Fall von komplettem Pseudohermaphroditismus masculinus, von Paul Möller-Kopenhagen. (V. A., 1917, Bd. 223, H. 3.) Eingehende Schilderung der makroskopischen und mikroskopischen Verhältnisse bei einem der seltenen Fälle in Pseudohermaphroditismus masculinus completus. Die Organe stammen von einer 49jährigen Dienstmagd, die nie menstruiert hatte. Die äußeren Geschlechtsteile gleichen zwar zum Teil den normalen männlichen, nähern sich aber doch durch die Spaltung des Skrotums in zwei „Labia", die Hypospadie, den Kryptorchismus und die Begrenzung der Behaarung stark an den weiblichen Typus, derweil die Genitalia interna eine verhältnismäßig hohe Entwicklung der von den Müllerschen Gängen entstandenen Kanäle: Tubae, Uterus, Vagina, zugleich mit dem Vorhandensein einer männlichen Geschlechtsdrüse und rudimentären männlichen Ausführungskanälen (Epididymis oder Epoophoron und Ductus ejaculatorius) aufweisen. O. Gans-Karlsruhe.

Hypernephrom — Hypergenitalismus, von A. A. Hijmans van den Bergh. (Nederlandsch Tijdsch. voor Geneesk., 1915, Nr. 20.) Mitteilung eines Falles von linksseitigem Hypernephrom mit Hypergenitalismus bei einem 3jährigen Kinde. Es waren die äußeren Geschlechtsorgane sehr groß, die Stimme entsprach einem tiefen Alt, die Sprache war träge. In einer Tabelle werden in übersichtlicher Weise 17 analoge Beobachtungen von Hypergenitalismus nur bei Hypernephrom (fast stets linksseitig merkwürdigerweise) angeführt. Ref. vermißt leider eine Illustration des Falles, durch den die Schilderung des Verf. zweifellos sehr an Klarheit gewonnen hätte.

K. Boas-Rostock.

Über Geschlechtsdrüsenausfall mit neuer Kasuistik, von Magnus Hirschfeld-Berlin. (Neurol. Zbl., 1916, Bd. 35, H. 8—9.) Die Folge mangelnder Geschlechtsdrüsenentwicklung ist der Fortfall der äußeren und inneren Sekretion; das erstere bedingt Sterilität, das letztere den Ausfall oder die abnorme Gestaltung zahlreicher Geschlechtsmerkmale; denn diese Gestaltung hängt offenbar von dem Vorhandensein einer chemischen Substanz ab, die in den Zellen der Geschlechtsdrüsen entsteht und von hier aus dem Blute beigemischt wird. Hirschfeld unterscheidet nun bei den Anandriden zwei in ihren Merkmalen verschiedene Typen: den Exzeßtypus und den Defekttypus oder infantilen Typus, zwischen denen es Mischformen gibt, und er bringt für beide Typen sehr interessante, ausführlich geschilderte Beispiele. Von dem angeborenen Geschlechtsdrüsenausfall zu trennen ist der erworbene oder richtiger der künstlich durch Kastration herbeigeführte. Hirschfeld schildert, wie die Kastration — er nennt sie „wohl die älteste Operation, die von Menschen an Menschen und Tieren vorgenommen wurde" — zuerst als Strafe in Betracht kam, aber nach den Erfahrungen, die man mit kastrierten Menschen und Tieren gemacht hatte, bald aus anderen Motiven vorgenommen wurde. Die Tiere gewannen nach Verlust der Keimstöcke an Fettreichtum, Schmackhaftigkeit und Geduld, sie wurden gute Mast- und Lasttiere. Bei den Menschen waren andere Beweggründe maßgebend. Man schuf sich Eunuchen als Vertrauensmänner und gute Sänger. Es wurden noch im 18. Jahrhundert in den Kirchenstaaten jährlich 2000 Kinder kastriert. Jetzt geschieht in Europa und Amerika die Kastration nur zu Heilzwecken (Neubildungen, Tuberkulose, Prostatahypertrophie der Männer, Osteomalakie der Frauen).

An zwei instruktiven Beispielen zeigt Hirschfeld den Zusammenhang zwischen der Funktion der Geschlechtsdrüsen und allen übrigen körperlichen und seelischen Geschlechtscharakteren; hier näher darauf einzugehen, wie sich Kastraten entwickelt haben, ist leider nicht möglich, doch bietet die Lektüre der Beobachtungen sehr viel Interessantes.

Digitized by Google

In den beschriebenen Fällen war es gelungen, durch die Entfernung der Geschlechtsdrüsen den Geschlechtstrieb herabzusetzen resp. zum Verschwinden zu bringen, jedoch ist das nach verbürgten Mitteilungen speziell türkischer Ärzte nicht immer der Fall. Es liegen zuverlässige Nachrichten über geschlechtliche Exzesse bei Kastraten vor. Die Erklärung hierfür liegt darin, daß in solchen Fällen noch irgendwo im Körper verstecktes Hodenparenchym vorhanden ist, und daß vor allem die im Blute kreisende und die Gehirnzellen speisende Substanz nicht ausschließlich aus den Hodenzellen stammt. Es kommen für die Erzeugung dieser Substanz noch in Betracht: 1. Die Drüsen, deren Sekret eine stete Komponente des Spermas ist, d. h. Prostata, Cowpersche Drüsen und Samenbläschen. 2. Die Sekrete der Schilddrüse, Thymus und Hypophyse; es handelt sich bei der chemischen Substanz, die auf die Sexualzentren reizend wirkt, anscheinend um eine sehr komplizierte. Je früher die Tätigkeit der Geschlechtsdrüsen zum Ausfall gebracht wird, desto deutlicher sind die seelischen und körperlichen Folgen, und desto mehr nähert sich die künstliche Aplasie der angeborenen. O. Lasch-Breslau.

Ketzergedanken über Homosexualität, von I. Sadger. (Arch. f. Kriminalanthropol. u. Kriminalistik, 1914, Bd. 59, H. 3 u. 4.) Verf. stellt sich in einer Reihe von Punkten in Gegensatz zu den Ansichten von Magnus Hirschfeld, die dieser in seinem neuesten Werke über männliche und weibliche Homosexualität vertreten hat. Verf. betont vor allem, daß die Homosexualität keine angeborene Triebrichtung darstellt, sondern auf einer krankhaften Fixierung der Libido am eigenen Geschlecht beruht. Verf. wendet sich weiterhin gegen die von Hirschfeld in die sexologische Nomenklatur eingeführten Begriffe der „digitationes" und der „Adaptionstherapie". Auch mit Hirschfelds Vorschlägen zur Bekämpfung der homosexuellen jugendlichen Prostituierten kann Verf. sich nicht befreunden. Er verlangt die Schaffung eines ziemlich hohen Schutzalters für Jünglinge (bis zum 17. Lebensjahre). Ohne dieses wird sich keine Milderung oder Aufhebung des Urningparagraphen durchsetzen lassen. Höchstens könnte der gesetzliche Schutz für diejenigen ausgeschlossen werden, die sich gewerbsmäßig prostituieren oder schon als Erpresser hervorgetan haben. K. Boas-Rostock.

Weitere Erfahrungen über Organotherapie bei Erkrankungen der Sexualorgane, speziell bei Prostatismus, von Karo. (Ther. d. Gegenw., April 1916.) Im Gegensatz zu Lichtenstern (Zschr. f. Urol., 1916, Nr. 1) betont K. nachdrücklichst den günstigen Einfluß der Organotherapie bei nervösen Sexualleiden, speziell bei Prostatismus, dessen Symptomenbild sich durch häufige Tenesmen, Dysurie, bei klarem Urin charakterisiert. Das Krankheitsbild kann viele Jahre bestehen, ohne daß sich aus ihm eine Prostatahypertrophie entwickelt. Am besten haben sich K. Testikulärinjektionen, die er auch mit gutem Erfolge bei nervösen Sexualleiden der Frau angewandt hat, bewährt. E. Brinitzer-Altona.

Perkaglyzerin in der Urologie, von C. Posner. (B. kl. W., 1916, Nr. 21.) Verf. hat bei Prüfung des Präparats gefunden, daß es allen an Gleitmittel für urologische Instrumente zu stellenden Anforderungen, Schlüpfrigkeit, Sterilisierbarkeit, Reizlosigkeit, Wasserlöslichkeit, entspricht und an die Stelle des Glyzerins gesetzt werden kann, am besten in der von Joseph angegebenen Form als Creme: Perkagl. 20,0, Tragac. 3,0, Aq. ad. 100,0, da es in unverdünntem Zustande eine stärkere Reizwirkung ausübt als Glyzerin. E. Klemm-Leipzig.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

26. Januar 1918 | Nr. 4 | Band 66

Aus dem Bezirksspitale in Ključ, Bosnien.

Rund zehn Jahre amtlicher Syphilistilgung.

(Mit Benutzung amtlicher Quellen.)

Von

Bezirksarzt Dr. Victor L. Neumayer, Spitalsleiter.

Wie bereits in einer früheren Arbeit (1) mitgeteilt wurde, erfreut sich Bosnien seit ungefähr 10 Jahren einer von Amts wegen und auf Landeskosten durchgeführten, planmäßigen Syphilistilgung. In einigen Bezirken setzte diese segensreiche Tätigkeit früher ein, in anderen später. Bosnien genießt also bereits seit längerer Zeit einen Segen, welchen auch anderen Ländern zuteil werden zu lassen bereits an manchen Orten und vielfach zur Erörterung stand. Leider scheiterte die Einführung einer solchen planmäßigen Syphilistilgung andernorts bisher noch immer an verschiedenen Vorurteilen und Zimperlichkeiten; während man nämlich hierzulande in Gesellschaft von der Syphilis sprechen kann wie von einer anderen Volkskrankheit, haftet ihr leider außerhalb Bosniens etwas Anrüchiges an, und würde von ihr zu sprechen eine schwere Verletzung des guten Tones vorstellen. Laßt uns erst damit brechen, und die staatliche Bekämpfung dieser Volksseuche, die man schon so oft, aber leider bisher immer vergeblich anstrebte, wird sich viel leichter in die Wege leiten lassen. Hoffen wir, daß eine Zeit, die so tieffassende Eingriffe, wie die Brotkarte brachte, auch diesen Vorurteilen gegenüber sich genügend stark erweist.

Wie wird nun hierzulande diese amtliche Syphilistilgung gehandhabt?

Obzwar der eingeschlagene Weg bereits a. a. O. kurz geschildert wurde, muß das dort Gesagte doch auch hier wiederholt und etwas weiter ausgeführt werden.

Die bosnische Syphilistilgung vollzieht sich folgendermaßen:

Einmal im Jahre — in meinem Bezirke wurde 1908 damit begonnen — wird die ganze Bevölkerung aller jener Ortschaften, in denen im Verlaufe der beiden vorvergangenen Jahre frische Syphilisfälle zur ärztlichen Beobachtung kamen, planmäßig auf das Vorhandensein von Syphilisfällen untersucht. Diese Untersuchung wird an einem vorher an-

Digitized by Google

gesagten Tage und an einem vorher bestimmten Orte vorgenommen und hat dazu die ganze Bevölkerung, soweit sie nicht aus erwachsenen weiblichen Personen muslimanischen Glaubens besteht, zu erscheinen. Diese letzteren sind von einer Untersuchung durch den männlichen Arzt aus Glaubensgründen ausgenommen und werden zu einer anderen Zeit entweder durch einen weiblichen Arzt oder durch eine entsprechend eingeschulte weibliche Laienhilfskraft „durchforscht", wie der Ausdruck dafür lautet. Der Untersuchungsort befindet sich in der Regel im Orte selbst und nur bei besonders kleinen Ortschaften werden einige Dörfer auf einen Sammelplatz bestellt. In größeren Ortschaften werden dafür wieder mehr als ein Sammelplatz bestimmt. Der Amtsarzt bzw. die Ärztin oder Laienhilfskraft wird zum Zwecke dieser Untersuchung eigens entsendet und dafür besonders entschädigt.

Die Art der Untersuchung selbst ist dadurch außerordentlich vereinfacht, daß die hierländische Syphilis im wesentlichen eine außergeschlechtlich übertragene ist und ihre Erscheinungen sich mit Vorliebe auf die sichtbaren Häute und Schleimhäute beschränken. Diese werden daher auch untersucht. Außerdem werden die Hals- und Nackendrüsen abgetastet, in verdächtigen Fällen auch die Ellbogendrüse. Endlich werden die Leute gefragt, ob sie irgend welchen Ausschlag oder dergleichen am Leibe haben. Machen sie solche Angaben, oder ist sonst ein Verdachtsgrund auf Syphilis vorhanden, so werden die betreffenden Personen auch noch an anderen Körperstellen untersucht. Die Zahl der solchermaßen an einem Tage zu „durchforschenden" Leute ist mit ungefähr 400 festgesetzt, eine Zahl, die sich bei einiger Übung des Arztes und der zu Untersuchenden unschwer und mit ausreichender Genauigkeit erledigen läßt. Man sieht also bereits aus dem Gesagten, daß hierzulande eine solche planmäßige Arbeit schon durch die Erkrankungsformen wesentlich erleichtert ist, was leider von einer ähnlichen Einführung außerhalb Bosnien nicht gesagt werden könnte. Dafür aber hätte man dort mit der höheren Bildung und dem eigenen Interesse der Bevölkerung zu rechnen, was wohl teilweise einen Ausgleich für das Fehlen dieser günstigen Umstände abgeben würde.

Die gelegentlich dieser „Durchforschung" nun gefundenen Fälle werden selbstverständlich der raschesten Behandlung zugeführt. Die Behandlung selbst bestand in den ersten Jahren aus einer Quecksilberschmierkur, zu welchem Zwecke die Kranken in das Bezirksspital aufgenommen wurden, oder in einer innerlichen Behandlung mit Protojoduretpastillen. Ungefähr im Jahre 1911 setzte dann die Behandlung mit Salvarsan ein, worüber bereits anderen Ortes berichtet wurde (1, 2). Hier sei nur so viel gesagt, daß wir hier zur Zeit der größten Häufigkeit

Digitized by Google

die Salvarsanbehandlung muskelinn draußen im Dorfe selbst, oft unter den allerursprünglichsten Verhältnissen, die uns nicht einmal einen Tisch zur Verfügung stellten, mit bestem Erfolge durchführten. Der Kochapparat stand am gestampften Estrich, der Kranke kniete auf einem alten Gebetsteppiche.

Die Behandlung selbst, sei es im Krankenhause, sei es ambulatorisch, ist im ganzen Lande vollkommen unentgeltlich, und stellt die Landesregierung auch die nötigen Heilmittel auf ihre Kosten bei. Es braucht wohl nicht erst gesagt zu werden, daß die für diesen dem Volkswohle ungeheuer nützlichen Zweck aufgewendeten Summen bis heute schon in die Millionen gehen. Welcher Staat, welches Land hat Ähnliches aufzuweisen?

Alle bei dieser Durchforschung ermittelten Krankheitsfälle werden in ein „Syphilisstandesbuch" eingetragen und laufend geführt. In den ersten Jahren wurden nun diese Kranken alle 14 Tage amtsärztlich untersucht, zu welchem Zwecke der Amtsarzt in die betreffenden Orte entsendet wurde. Auch das geschieht natürlich auf Landeskosten. Man kann wohl mit Stolz behaupten, daß sich Bosnien dergestallt, wie überhaupt auch in verschiedenen anderen Fragen der Hygiene und öffentlichen Gesundheitspflege an die Spitze unserer Länder gestellt hat. Daß diese Syphilistilgung auch an die Ärzte oft recht, recht schwere Anforderungen stellt, braucht nicht besonders erwähnt zu werden.

Als dann nach einigen Jahren die Zahl der Syphilisfälle unter dieser tatkräftigen staatlichen Arbeit zurückging, fanden diese Untersuchungen nur noch allmonatlich statt. Mit dem weiteren Rückgange der Lues konnten diese Tilgungsreisen auch noch weiter eingeschränkt werden. Jedenfalls aber blieb und bleibt jeder ermittelte Kranke fünf Jahre in ärztlicher Beobachtung, und erst wenn er diese fünf Jahre klinisch rückfallsfrei geblieben ist, wird er als gesund entlassen. Kranke, welche schon das zweite Jahr erscheinungsfrei sind, werden nur noch alle zwei Monate, drei Jahre erscheinungsfreie alle drei Monate usw. ärztlich untersucht.

Durchforschung und Behandlung sind zwangsweise und müssen es sein. Wer nicht am Sammelplatze erscheint, wird in die Bezirksstadt vorgeladen, so daß also die Leute sich von der Untersuchung und Behandlung in keiner Weise drücken können.

Wie schon andernorts mitgeteilt, gab es natürlich anfangs Widerstände zu überwinden; mit der Zeit aber fielen diese weg, was namentlich seit allgemeiner Durchführung der Salvarsanbehandlung festzustellen ist. Ja, ich konnte berichten, daß sich seit einiger Zeit die Bevölkerung geradezu zur Salvarsanbehandlung drängt und alle möglichen Leiden auch dem „frenjak" oder der „franica", wie man hierzulande die

Digitized by Google

Syphilis heißt, in die Schuhe schiebt und nur allzuoft schwer von der Unrichtigkeit ihrer Ansicht zu überzeugen und auch ohne Salvarsanbehandlung zu beruhigen ist. In dieser Erscheinung liegt auch, namentlich für den, der unsere mißtrauische Bevölkerung kennt, die in allen Dingen noch außerordentlich einem Kinde ähnelt, das erst erzogen werden muß, eine wirklich herzerquickende und erfrischende innere Belohnung für all die Mühen und Strapazen, welche diese Syphilistilgung unerbittlich vom Arzte fordert.

Wie nun der Stand der Syphilis zu Beginn dieser „Tilgungsaktion", wie der amtliche Ausdruck lautet, war, konnte ich an der Hand amtlicher Ausweise in meiner ersten Arbeit berichten, auf die hiermit verwiesen sei. Ebenso möge man, um sich die erzielten Erfolge namentlich seit strenger Durchführung der Salvarsanbehandlung klar zu machen, die dort gegebenen Tabellen, welche fast durchwegs amtliche Ausweise darstellen, zur Hand nehmen.

Der Zweck dieser vorliegenden Mitteilung ist nun der, einen Überblick über die mannigfaltigen Beobachtungen und zusammengetragenen Daten zu geben, welche die abgelaufene Zeit von rund 10 Jahren lieferte. Ist doch das mir zur Verfügung stehende Material zufolge der beschriebenen und wohl einzig dastehenden Art planmäßigen Vorgehens ein solches, das nicht überall zu haben sein dürfte. Leider ist mir in meiner Einsamkeit das einschlägige Schrifttum nicht zugänglich, und muß ich mich daher auf wenige Urarbeiten und die in diesen enthaltenen Angaben aus anderen Quellen beschränken, was man mir, auch wenn es den Wert meiner Mitteilung verringern muß, zugute halten möge. Diese Bitte richte ich namentlich an jene Fachmänner, deren Beiträge und Leistungen unerwähnt bleiben sollten. Ein volles und erschöpfendes Eingehen auf alles Einschlägige schriftlich Niedergelegte dürfte übrigens auch schon wegen der Knappheit der Zeit, die mir der anstrengende und vielseitige, in diesen Kriegszeiten natürlich noch schwerere Dienst eines bosnischen Bezirksarztes läßt, unmöglich sein. Zur Beleuchtung dieser Schwierigkeiten sei nur darauf hingewiesen, daß ich als einziger Arzt für einen Bezirk von 32000 Menschen bestellt bin und daß das meiner Leitung anvertraute Bezirksspital für die Bedürfnisse des eigenen und noch zweier anderer Bezirke aufkommen muß.

Wie SICHELSTIEL (3) sagt, sind es vorzüglich einige Fragen in der Syphilislehre, die von Interesse sind. 1. Welches ist das fernere Schicksal der Syphilitiker? 2. Wie viele gehen an den Folgen ihrer Krankheit zugrunde? 3. Wie viele bleiben von den im Gefolge der Syphilis auftretenden Nervenkrankheiten verschont? 4. Wie viele bekommen solche? 5. Wie steht es mit der Nachkommenschaft? 6. Was wird aus derselben?

Digitized by Google

Nach der Einrichtung der hierländischen Syphilistilgungsaktion, weshalb diese auch geschildert werden mußte, ist es nun möglich, eine größere Zahl von Syphilitikern über längere Zeit hin zu beobachten. Unser Material dürfte daher geeignet sein, zur Beantwortung obiger Fragen einiges beizutragen.

Auf die dritte und vierte Frage konnte ich bereits in einer früheren Arbeit (2) eingehen und mich dahin aussprechen, daß Tabes hierzulande zu den äußersten Seltenheiten gehört, daß Paralyse mir in bald neunjähriger Tätigkeit überhaupt nicht unter die Augen kam und daß Hirnlues recht selten gefunden wird. Woran der Grund dieser Erscheinungen nach meiner Ansicht vielleicht gelegen sein kann, wurde gleichfalls a. a. O. ausgeführt.

BLASCHKO (8) sagt S. 153: „Die sogenannten Neuropathen, die hereditär belasteten, aus psychopathischen Familien stammenden Menschen sind es in der Regel nicht, wenn sie eine Syphilis requirieren, eine besondere Prädisposition zur Paralyse und Tabes zeigen." Vielleicht gibt auch dies einen Schlüssel dazu, warum hierzulande die erwähnten Nachkrankheiten so selten sind. Ich möchte nämlich behaupten, daß unsere Muslimanen vielfach sehr stark psychopathisch veranlagt sind; ich stütze diese meine Ansicht auf das unter ihnen sehr häufige Vorkommen von Hysterie und Epilepsie. Aus den Reihen der Muslimanen aber stammt die Mehrzahl meiner Syphilitiker. Vielleicht haben wir deswegen keine Tabes, keine Paralyse und sehr wenig Hirnlues, weil wir es mit minderwertigen Nervensystemen zu tun haben. Mitwirkend und fördernd käme dann das von mir an anderer Stelle bereits Gesagte als Grund hinzu.

Zur Klärung der Fragen 1, 2 und 3, wie sie SICHELSTIEL aufwirft, hoffe ich mit diesen Zeilen einiges beitragen zu können. Die Frage Nr. 4 wurde in meinen beiden früheren Veröffentlichungen zum Gegenstande bereits berührt. Frage 5 und 6 beabsichtige ich später einmal, vielleicht an der Hand des Materials aus einer einzelnen, besonders stark verseuchten Ortschaft für sich zu beleuchten, da auch hierzu mein Material ausnehmend gut geeignet erscheint; handelt es sich doch um eine seßhafte Bevölkerung. Auch für die Untersuchung, welche NEISSER und KÖBNER (4, 5) bereits 1886 verlangten, ob die Syphilis bei gut und schlecht behandelten Kranken anders verläuft, dürfte das, was ich hier bringen will, von Wert sein. Dabei betrachte ich als „gut behandelt", natürlich mit den schon andernorts über das „gut" gemachten Einschränkungen, meine mit Salvarsan Behandelten und als „weniger gut behandelt", oder sagen wir „noch weniger gut behandelt" jene, welche der Vorsalvarsanzeit angehören, also lediglich mit Quecksilber und Jod, und zwar meist nur innerlich, behandelt worden waren.

Digitized by Google

Für den Untersucher unseres Stoffes scheint mir namentlich der 1. und der 3. Weg von jenen, welche SICHELSTIEL zu beschreiten vorschlägt, gut gangbar. Dabei betrachte ich die vorliegende Mitteilung als den ersten Teil dieser Untersuchung, während der zweite Teil in 10 oder 15 Jahren von mir oder einem anderen zu liefern wäre. Dabei habe ich den Vorteil, mich nicht auf Umfragen, sondern auf die Angaben des „Syphilisstandesbuches" stützen zu können.

Wie schaut nun mein Material aus?

Das gesamte Material meines Bezirkes an Syphilitikern umfaßt 1244 Fälle, soweit dieselben nicht aus der Bezirksstadt selbst stammen. Diese aus Kljuc selbst stammenden lasse ich außer Rechnung, weil hier die Bevölkerungsbewegung eine stärkere ist, daher das Material wechselnd und sich auch bereits ein starker Einschlag geschlechtlich erworbener Syphilis darunter befindet, eine Syphilis somit, welche nach meiner Auffassung anders zu werten ist als die echte „bosnische".

Von diesen 1344 Fällen kommen 881 auf das männliche Geschlecht, 463 auf das weibliche. Erwachsen waren zur Zeit der Erkrankung, also älter als 12 Jahre, 981; unter 12 Jahren, demnach als Kinder zu betrachten, sind 354. Auch dieser Reichtum an jugendlichen Individuen ist eine Eigenart unseres Materials, welche andernorts, außerhalb der österreichischen Reichslande, kaum anzutreffen sein dürfte. Und von Wichtigkeit dürfte diese große Zahl Jugendlicher deshalb sein, weil gerade der jugendliche Organismus sehr empfindlich ist und sich vielleicht gerade an ihm die spätere Entwicklung der Lues gut studieren läßt. Kein Alter findet sich vermerkt bei 9 Personen.

Soweit genaue Altersangaben vorliegen, ordnen sich meine Kranken dem Alter nach wie folgt:

0—12	Jahre	hatten	354
12—20	„	„	263
21—30	„	„	305
31—40	„	„	213
41—50	„	„	109
51—60	„	„	52
61—70	„	„	16
71—80	„	„	2
		Summe	1314.

30 Fälle scheiden wegen ganz ungenauer Angaben oder aus anderen Gründen aus.

Die Zahl der Männer verhält sich also zu jener der Weiber fast wie 2:1, entspricht demnach nicht den Zahlen BLASCHKOS (9), die Zahl

Digitized by Google

der Kinder stellt sich zu jener der Erwachsenen nahezu wie 1 : 3. Eine Begründung für diese Verhältniszahlen kann ich nicht geben; der Tabaksmißbrauch ist bei den Frauen und Männern, wenigstens muslimanischen Glaubens, im wesentlichen gleich, dürfte aber immerhin bei den Männern ein noch größerer sein. Ein wesentlich niedrigerer ist er nur bei den christlichen Frauen. Wenn nun auch die Mehrzahl meiner Kranken sich zur Lehre Muhameds bekannte, so dürften doch vielleicht die Christen, wenigstens teilweise, für das Zustandekommen obigen Verhältnisses zwischen Männern und Frauen verantwortlich sein. Denn bei den Christen rauchen hierzulande eigentlich nur die Männer. Daß aber bei der Eigenart der bosnischen Syphilis, sich hauptsächlich im Munde anzusiedeln, auf die Einbeziehung des Rauchens in die Gründe Gewicht gelegt werden muß, ist klar. Die sonstigen Schädlichkeiten, die man mit heranziehen kann, dürften bei beiden Geschlechtern ohne Unterschied des Bekenntnisses gleich sein. Ich denke da an den Massengenuß heißen schwarzen Kaffees, an den Mangel an Mundpflege und an die außerordentlich große Rolle, welche Zwiebel und Knoblauch in der hierländischen Ernährung, wie am Balkan überhaupt, spielen.

Nicht aber dürfte die Ursache für dieses Verhältnis der Geschlechter in der Abgeschlossenheit zu suchen sein, in welcher die muslimanische Frau lebt, wie man vielleicht einwenden wird. Man könnte nämlich vielleicht sagen, daß wegen dieser Abgeschlossenheit die Ansteckungsgefahr geringer sei oder weniger Frauen zum Arzte kämen.

Betreffs der Ansteckungsgefahr nun darf man nicht vergessen, daß es sich bei der hierländischen Syphilis fast nur um außergeschlechtliche Ansteckung handelt und die Frauen unter sich wohl sogar noch mehr zusammenkommen, als anderswo. Daß die muslimanischen Frauen den Arzt weniger aufsuchen als die nichtmuslimanische es tut, ist gewiß richtig, aber bei der Syphilistilgung, wie sie hierlands gehandhabt wird, spielt dies eine sehr bescheidene Rolle; es kommt eben hier nicht der Kranke zum Arzte, sondern der Arzt, bzw. die Ärztin sucht den Kranken. Man wird zugeben, daß diese Gründe also kaum von wesentlichem Einflusse sein dürften.

Von bedeutenderem Ausschlage aber für die gegenüber den Zahlen Blaschkos (Frauen verhalten sich zu den Männern betreffs der Erkrankungszahlen in der Provinz wie 1 : 6,5 und in der Hauptstadt wie 1 : 3,6) geringere Erkrankungsziffer des weiblichen Geschlechtes dürfte wohl der Umstand sein, daß hierzulande der außereheliche Geschlechtsverkehr eine verschwindende Rolle spielt, wir es bei unserer Syphilis, wie immer wieder betont werden muß, mit einer außergeschlechtlich übertragenen zu tun haben.

Ohne nun zu wissen, ob das Verhältnis zwischen Kindern und Er-

Digitized by Google

wachsenen bereits von anderer Seite Gegenstand einer Untersuchung war, erscheint mir doch die Zahl der Kinder gegenüber jener der Erwachsenen recht groß. Dies fällt wohl gerade wegen der verhältnismäßig niederen Zahl weiblicher Krankheitsfälle gegenüber den männlichen erst recht auf. Außerdem stellen auch die 12 auf das Kindesalter entfallenden Lebensjahre von den überhaupt in Betracht gezogenen 80 nur etwa ein Sechstel dar. Das Verhältnis bleibt noch immer ein hohes, wenn wir auch nur die ersten 50 Lebensjahre in Rechnung setzen, weil in den späteren 30 die Zahl der Syphilitiker rasch abfällt. Das Verhältnis der Jahre wäre dann ungefähr wie 1 : 4. Die kindlichen Krankheitsfälle stellen sich aber zu denen der Erwachsenen ungefähr wie 1 : 3. Etwas mehr Licht in dieses ungünstige Abschneiden der Kinder wird vielleicht durch folgende Erwägungen gebracht:

Es wurde schon in unserer ersten Mitteilung darauf hingewiesen, daß es mir gleich zu Beginn meiner Tätigkeit hier auffiel, daß ich in gewissen Ortschaften immer wieder gerade frische kindliche Fälle fand; lange konnte ich mir darauf keinen Reim machen, bis sich dann der Schlüssel in den bis dahin meist verborgenen Erkrankungen unter den muslimanischen Frauen ergab, welche die zu späterer Frist erst einsetzende Tätigkeit meiner Frau aufdeckte. Das weibliche Geschlecht konnte nämlich aus äußeren Gründen, weil keine Ärztin zur Verfügung stand, durch längere Zeit nicht genau durchforscht werden. Nun besteht aber eine der wenigen Freuden muslimanischer Frauen darin, daß sie sich zu förmlichen Kaffeekränzchen zusammenfinden, zu welchen sie auch ihre kleinen und kleinsten Kinder mitbringen. Schon darin allein ist eine hohe Ansteckungsgefahr für die Kinder gegeben. Diese wird aber noch weit ärger durch die Unsitte, die Kinder gegenseitig abzuküssen, ohne natürlich darauf Rücksicht zu nehmen, ob man frische Plaques oder Papeln auf den Lippen hat. Und besonders zärtlich ist jede Mutter mit den schwächlichen und kränklichen Kindern, worunter sich wohl manches syphilitische, mit frischen Erscheinungen an den Lippen, befunden haben mag. Und so wandert die Spirochäte weiter im Kreise herum. Ja die Freundschaft geht so weit, daß die Frauen, wenn sie selbst ein Kind stillen, auch die Kinder anderer Mütter an die Brust nehmen. Nun werden hierzulande die Kinder sehr lange gesäugt. Ich sah einmal sogar ein dreizehnjähriges Kind an der Mutterbrust trinken! Daß man dies bei drei- und vierjährigen Kindern noch findet, ist alltäglich. Es ist nun wohl klar, daß durch diese Unsitte des gegenseitigen Säugens der Kinder der Ansteckung derselben Tür und Tor geöffnet werden muß. Und so geben vielleicht schon diese Verhältnisse allein eine Erklärung für die hohe Zahl kindlicher Erkrankungen.

Digitized by Google

An dieser Stelle sei eingeschaltet, daß bei Altersangaben unserer Bevölkerung, namentlich weiblichen Geschlechts, immer mit einem Fehler von einigen Jahren zu rechnen ist, nicht so sehr infolge der Eitelkeit des ewig Weiblichen, sondern mehr deshalb, weil unsere Bauern in dieser Hinsicht immer nur beiläufige Angaben machen und meist selbst nicht wissen, wie alt sie sind. Als Angelpunkt ihrer Zeitrechnung nehmen die Männer meist das Jahr ihrer Assentierung, also das 21., die Frauen das Jahr der Besetzung Bosniens durch Österreich.

Wenn auch bekannt ist, daß die Einteilung der Syphilis in primäre, sekundäre und tertiäre eine nach den persönlichen Anschauungen verschiedene und überhaupt eine wenig brauchbare ist, so will ich mich doch an diese Einteilung halten. Es ist dies auch die Einteilung, auf welcher die amtliche Drucksorte unseres Syphilisstandesbuches aufgebaut ist.

Von allen unseren Erkrankten kamen auf L. I zwei Männer und fünf Weiber. Diese Zahl ist schon an und für sich überraschend klein, und die beiden Geschlechter beteiligen sich daran in einem gerade umgekehrten Verhältnisse als an der Gesamtzahl. Daß diese Zahl so gering ist, begründet sich damit, daß, wie schon ausgeführt, unsere bosnische Syphilis hauptsächlich außergeschlechtlich übertragen wird. Ferner ist bei uns jener Ansteckungsweg der Syphilis, welcher außerhalb Bosniens die Hauptrolle spielt, der außereheliche Geschlechtsverkehr, nach meiner Erfahrung ein sehr wenig begangener; unsere Bauern treten sehr jung in die Ehe und dürften vielfach, wenn nicht meist, kein außereheliches Geschlechtsleben geführt haben.

Diese 7 Fälle, die durchwegs Erwachsene betreffen, entstammen auch erst der allerletzten Zeit, sind wohl alle geschlechtlich erworben und als ein Zeichen des Kultureinbruchs auch in die Reihen unserer Landbewohner aufzufassen. Nur ein einziger Kranker stammt aus dem Jahre 1908, einer aus dem Jahre 1910, bereits drei aus dem Jahre 1913 und je ein weiterer aus den Jahren 1912 und 1915. Die Zahl der primären Fälle scheint weiter anzusteigen und muß darin wohl, wie erwähnt, ein Zeichen der Kultur und des zunehmenden Verkehrs, vielleicht auch des Krieges, erblickt werden.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Die Herdinfektion in ihrem Zusammenhang mit gewissen Hautkrankheiten [1]).

Von

Dr. M. L. Ravitch, Louisville, Ky.

(Übersetzt von Dr. A. Gunsett, Straßburg.)

Es ist eine bedauerliche Tatsache, daß wir Dermatologen die Erforschung des ätiologischen Faktors der Hautkrankheiten vernachlässigt haben, während wir unser Bemühen mehr auf die Nomenklatur und die Klassifikation richteten. Neuerdings ist allerdings hierin eine Wandlung eingetreten und man ist immer mehr dazu übergegangen, sich der Ergründung der Bakteriologie und Pathologie der Hautkrankheiten zuzuwenden, und zwar teils in speziell zu diesem Zwecke gegründeten Laboratorien, teils in den Kliniken und den Privatbetrieben der Dermatologen selber. Ein Hauptverdienst an diesem Erwachen gebührt Billings und Rosenow, deren Theorie der Herdinfektion unsere Augen für das Verständnis mancher Hautkrankheiten geöffnet hat, deren Ätiologie noch vor wenigen Jahren vollständig in Dunkel gehüllt war. Jetzt wo wir den Schlüssel haben, können wir manches Rätsel lösen, können Zusammenhänge klarstellen und vernunftgemäße Diagnosen stellen, wo wir noch vor wenigen Jahren uns mit dem Worte „idiopathisch" bei der Beschreibung solcher Fälle begnügen mußten. Es sind wenige Jahre her, daß Billings in seinem epochemachenden Werk den Zusammenhang zwischen Infektionsherden und Systemstörungen beschrieb; die Theorie schien zuerst lächerlich und unglaubwürdig, war aber durch die klinischen und experimentellen Daten so gut gestützt, daß sie sich bald allgemeine Anerkennung erwarb und eine große Menge Arbeit ist bereits in diesem neuen dadurch eröffneten Gebiete geleistet worden. Natürlich sind, wie das bei neuen Dingen leicht der Fall ist, manche Forscher allzu weit in ihrer Begeisterung gegangen und ins andere Extrem verfallen, haben Zähne und Tonsillen, ob krank oder nicht, geopfert, sobald sie sich einer Krankheit gegenüber befanden, die auch nur einigermaßen damit in Zusammenhang gebracht werden konnte, ohne sich zu bemühen, die wahre Ursache mit genügender Sorgfalt zu suchen. Aber auch konservativere Beobachter haben die neue Theorie mit großem Nutzen verwertet und wenn sie auch nicht für alle Krankheiten eine Erklärung finden konnten,

[1]) Vortrag, gehalten in der dermatologischen Abteilung der 67. Jahresversammlung der American Medical Association, Detroit, Juni 1916. (J. Am. M. Ass.)

Digitized by Google

so haben sie doch im Studium der Ätiologie mancher Hautkrankheiten und ihrer rationellen Behandlung ein neues Kapitel eröffnet.

Es ist kaum daran zu zweifeln, daß das Bestehen einer beständigen Infektionsquelle gewisse Reaktionen und Entzündungen in anderen Körperteilen hervorrufen kann, in denen die Bakterien eine verminderte Widerstandskraft oder einen günstigeren Boden finden. Dies hat man zum Beispiel in den Fällen von Arthritis und Neuritis erkannt, welche früher mit einem Rheumatismus vergesellschaftet waren und es sind viele derartige Fälle beschrieben worden; es ist aber ebenso sicher, daß ein ähnlicher Zusammenhang zwischen sogenannten „Herdinfektionen" und Hautkrankheiten besteht und eine große Anzahl davon, die früher den verschiedensten Ursachen zugeschrieben wurden, können jetzt auf eine Herdinfektion zurückgeführt werden.

Die Herdinfektion muß nicht, wie manche zu glauben scheinen, im Munde oder im Gaumen sitzen, sondern dies kann in jedem Körperteil der Fall sein. Die meisten von uns haben Fälle gesehen, bei welchen die Infektion bis zur Niere, der Blase, der Prostata, der Urethra oder einem anderen Teil des Urogenitalsystems oder zu einem Magen- oder Duodenalulkus, einem chronisch entzündeten Appendix, einer Rektalfistel oder einer Cholezystitis verfolgt werden konnte. Mittelohrerkrankungen sind ebenfalls eine häufige Ursache für Hautreaktionen, Sinusinfektionen ebenfalls; Typhus kann ebenfalls als Infektionsquelle in Betracht kommen, desgleichen die meisten chronischen Infektionskrankheiten ebensogut als die akuten, wie Pneumonie.

In der dermatologischen Literatur findet man gelegentlich Angaben über die Rolle der Herdinfektion in der Ätiologie der Hautkrankheiten. Gosse[1]) zitiert eine Angabe von McKenzie aus dem Jahre 1886, wonach Erythema nodosum häufig von Rheumatismus begleitet ist und glaubt, daß es sich deshalb bei dieser Dermatose um eine toxische oder eine Infektionskrankheit handelt. In diesem Zusammenhang ist die Angabe von Edward C. Rosenow[2]) aus der Mayo-Klinik interessant, der vor kurzem mitteilte, daß manche Streptokokken eine elektive Affinität für die Haut besitzen, die bei aus Erythema nodosum- und Herpes zoster-Fällen isolierten Stämmen sehr auffallend ist, in geringerem Grade aber auch bei solchen Stämmen vorhanden ist, die aus einer Endokarditis, Myositis, Cholezystitis oder aus einem Mumps isoliert worden waren.

Galloways[3]) Arbeit aus dem Jahre 1912 darf in diesem Zusammen-

[1]) Gosse, Erythema nodosum. Practitioner, London 1914, Nr. 2. — [2]) Rosenow, E. C., Elektive Lokalisation von Streptokokken. J. Am. m. Ass., 13. Nov. 1915, S. 1687. — [3]) Galloway, J., Hautkrankheiten bei rheumatischen Zuständen. Practitioner, London 1912, Bd. 38, S. 67.

Digitized by Google

hange nicht übersehen werden. Er legt Gewicht auf die Tatsache, daß in rheumatischen Erkrankungen öfters skarlatiniforme Ausschläge, Erythema exsudativum multiforme und Erythema nodosum vorkommen, und zwar meistens in septischen Formen des Rheumatismus. Bei Streptokokkeninfektionen der Niere, Leber und Gelenke, erscheint häufig ein entzündliches Erythem der Haut. Manchmal kommt es auch zu einem purpurischen Ausschlag (Purpura rheumatica, Peliosis rheumatica Schoenleinii).

Gerbers [1]) Untersuchungen sind besonders wegen ihres gediegenen und wissenschaftlichen Charakters von Wert. Er arbeitete über den Zusammenhang von Herdinfektionen mit gewissen idiopathischen Dermatosen. Vom klinischen Standpunkt haben Born, Uffelmann, Lewin und Besnier das gleichzeitige Auftreten von Sepsis und Erythem erwähnt. Hoffmann fand Kokken in den erkrankten Venen in einem Falle von Erythema nodosum, während Gerber zehn Fälle dieser Erkrankung untersuchte und sie alle auf eine Herdinfektion zurückführen konnte, wobei in einem Falle der Herd im Urogenitalsystem saß, in den anderen Abszesse die Ursache waren. Histologische Untersuchungen der Knoten ergaben Thrombophlebitis der Hautvenen; in drei Fällen fanden sich dabei Kokken, in den anderen nur wenn Kulturen von Teilen der Knoten ausgeführt wurden.

Audry [2]) veröffentlichte im Jahre 1914 zwei Fälle von Herpes zoster, welche einer Furunkulose zuzuschreiben waren, wobei die Patienten heilten, sobald die Furunkel verschwunden waren.

Bei Septikämie beobachtete Churchman [3]) folgende Veränderungen: Erytheme, papulöse Eruptionen, urtikarielle, hämorrhagische, bullöse und herpetische Eruptionen.

Vershinin [4]) glaubt, daß eine große Anzahl Hautkrankheiten auf eine gonorrhoische Infektion zurückzuführen sind, so das Erythema exsudativum, die Keratosis und Parakeratosis. Nach meiner Erfahrung kommen bei Magen- und Duodenalgeschwüren rezidivierende Ekzeme vor. Eine rezidivierende Urtikaria war mit einem Karzinom des Pankreas und ein Fall von generalisiertem Pruritus mit einem malignen Uterustumor vergesellschaftet.

Noch viel mehr Fälle dieser Art könnte man anführen. Es ist schade, daß sich die Dermatologen früher nicht mehr Mühe gaben, solche

[1]) Gerber, O., Über das Wesen des sogenannten idiopathischen Erythems. Derm. Zschr., 1912, Nr. 9. — [2]) Audry, Zoster bei Eheleuten. Ann. de Derm. et de syph., 1914, Nr. 5. — [3]) Churchman, Urol. and Cutan. Rev., 194, Nr. 1. — [4]) Vershinin, Dermatosen bei gonorrhoischer Infektion. Russk. Jurn. Kožhn. i ven. boliezn., 1914, Nr. 5.

Digitized by Google

Fälle zu sammeln und es ist zu wünschen, daß dies jetzt in höherem Grade geschieht.

Die folgenden Fälle wurden für diese Arbeit gesammelt, und zwar hauptsächlich deshalb, weil ihre Ätiologie dunkel und ihre Behandlung eine schwierige war und sie deshalb für den Praktiker Interesse bieten. Bei allen wurden die besten von Autoritäten empfohlenen Behandlungsmethoden versucht, aber meist nur mit wenig oder vorübergehendem Erfolg.

Fall 1. — M. R., ein 23 Jahre alter Mann, ohne syphilitische Vorgeschichte, hatte an der linken Wange einen Tumor, der einem Epitheliom sehr ähnlich sah. Mehrere Chirurgen untersuchten ihn, als ich ihn in der Jefferson County Medical Society vorstellte, und waren der Ansicht, daß es sich um einen malignen Tumor handelte. Es wurden aus der Ulzeration Stückchen exzidiert und an zwei verschiedene Laboratorien zur Untersuchung eingesandt. Aus beiden kam genau die gleiche Antwort: Proliferation der Epithelschichten mit Invasion der tieferen Teile. Die Gewebszerstörung schien mir aber rascher vor sich zu gehen als dies bei wahrer Malignität der Fall ist. Weitere, genauere Untersuchungen ergaben das Vorhandensein eines infizierten Wurzelkanals und eines Alveolarabszesses eines oberen Molarzahns. Bei der Extraktion dieses Zahnes fand sich ein Fistelgang, der auf einfache Irrigationsbehandlung mit milden antiseptischen Lösungen heilte, worauf auch die Ulzeration rasch heilte und nur eine kleine Narbe zurückließ.

Fall 2.— B. O., eine 23jährige Frau, Schneiderin, wurde mir durch Dr. Boggess mit einer typischen Roseola, Ulzerationen im Gaumen, geschwollenen Drüsen, Fieber von 102—103° und Kopfschmerzen überwiesen. Es lag Syphilisverdacht vor. Die Patientin leugnete aber jeden unerlaubten Verkehr, hatte aber Angst, eine Syphilis insontium zu haben. Die Wassermannsche Reaktion war negativ. Bei einer eingehenderen Untersuchung fand ich in den Tonsillen eitergefüllte Krypten mit Bacillus influenzae, Pneumokokken und Streptokokken. Lokale Behandlung der Tonsillen mit Azetylsalizylsäure (Aspirin) und Hexamethylenanim intern brachte die Symptome zum Verschwinden. Der Patientin wurde geraten, die Tonsillen entfernen zu lassen, sie ließ es aber nicht zu und bekam noch mehrere Rückfälle.

Fall 3. — N., eine 24jährige Frau, die mir von Dr. A. Pfingst zugesandt wurde, litt an chronischen Urtikariaanfällen von angioneurotischem Typus. Alle üblichen Behandlungsmethoden schlugen hier fehl. Nachdem alle Möglichkeiten, welche ätiologisch in Betracht kommen konnten, ausgeschlossen waren, fanden sich hypertrophische Tonsillen mit infizierten Krypten. Nachdem Dr. Pfingst letztere entfernt hatte, wurden die Urtikariaanfälle milder und hörten sogar ganz auf.

Fall 4. — M. W. D., ein 17jähriges Mädchen litt an Akne, die nach Röntgentherapie und milden Waschungen verschwand. Ein Jahr später entwickelte sich eine hartnäckige Urtikaria, welche der Patientin sehr zu schaffen machte. Kein Mittel war von der geringsten Wirkung und die Krankheit dauerte Monate. (Während meines Urlaubs wurde sie ohne allen Erfolg von anderen Ärzten behandelt.) Da mir ihre sonderbare Aussprache beim Sprechen auffiel, untersuchte ich ihren Rachen und fand krankhaft veränderte Tonsillen. Letztere wurden entfernt und es folgte darauf eine baldige Besserung. Es kamen keine weiteren Rezidive vor.

Fall 5. — Miss E. W., 18 Jahre alt, litt an einer sehr hartnäckigen Urtikaria, die von angioneurotischem Ödem begleitet war. Die üblichen äußerlichen und innerlichen

Digitized by Google

Mittel wurden mit mäßigem Erfolg angewandt. Die Untersuchung ihres Rachens ergab hypertrophische Tonsillen. Nach Entfernung derselben verschwand die Urtikaria.

Fall 6. — Frau F. S., 21 Jahre alt, wurde mir von Dr. Ewing Marshall überwiesen, der sie wegen hartnäckiger Urtikaria mit angioneurotischem Ödem behandelt hatte. Die gewöhnlichen Mittel brachten nur eine unbedeutende Besserung und dies auch nur in bezug auf die subjektiven Symptome. Immer wieder stellten sich Rezidive ein. Es wurde ihr geraten, Herrn Dr. Cheatham zu konsultieren, der Tonsilleneiterung feststellte. Ihre Entfernung war von einem schnellen Verschwinden aller Symptome gefolgt.

Fall 7. — H. B., 11 Jahre altes Mädchen, litt an häufig rezidivierendem skarlatiniformem Erythem mit hohem Fieber. Die gewöhnlichen Mittel hatten zwar guten Erfolg, da aber die Ausbrüche sich immer wiederholten und die lokale Behandlung des Gaumens nur vorübergehenden Erfolg hatte, wurden die Tonsillen entfernt. Danach folgte eine vollständige Heilung.

Fall 8. — Frau J. B., 60 Jahre alt, litt an rezidivierendem Ekzem der Lippen und des ganzen Körpers. Der die Ausbrüche begleitende Juckreiz war äußerst stark. Wiederholte Urinuntersuchungen klärten den Fall nicht auf. Es wurde aber eine Vesikovaginalfistel entdeckt, nach deren Behandlung durch Dr. W. Wathen eine vollständige Heilung ohne Rezidiv eintrat.

Fall 9. — Frau R., 34 Jahre alt, konsultierte mich wegen rezidivierendem Ekzem des Kopfes und der Brust. Wir glaubten, daß daran ein fehlerhafter Stoffwechsel schuld sei; weder innerliche noch äußerliche Mittel besserten aber ihren Zustand. Seit einiger Zeit machten sich aber leichte Appendizitisanfälle bemerkbar, so daß ich eine Operation anriet. Nach Entfernung der Appendix durch Dr. Haggard in Nashville verschwand die Hautkrankheit ganz.

Fall 10. — Frl. N. C., 26 Jahre alt, wurde mir durch Dr. Duvall in Ghent, Ky, zugesandt. Sie litt an einem sehr starken Erythem bullosum circinatum, dessen Ätiologie auf eine Streptokokkeninfektion der Tonsillen zurückgeführt wurde. Als diese in Behandlung genommen wurden, besserte sich das Erythem auf milde äußere Behandlung.

Dies sind nur einige ausgewählte Fälle, aber ich könnte deren viel mehr anführen. Nicht alle System- oder Hauterkrankungen lassen sich einer Herdinfektion zuschreiben. Eine große Anzahl dunkler Erkrankungen sind vielleicht auf eine Störung der inneren Sekretion zurückzuführen, welche ja gerade in Klärung dunkler Krankheiten eine hervorragende Rolle spielt; aber andererseits mag auch eine fehlerhafte innere Sekretion einer Herdinfektion zuzuschreiben sein. Dies alles lehrt uns, auf der Hut zu sein und in zweifelhaften Fällen sehr genaue Untersuchungen anzustellen. Wir müssen sorgfältiger und vorsichtiger vorgehen und vor allem die Haut nicht nur als Oberflächenorgan betrachten, sondern als ein Organ, daß durch Infektionen anderer kranker Organe in Mitleidenschaft gezogen werden kann.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Allgemeines.

Über Enuresis militarium, von KARL ULLMANN-Pola. (W. kl. W., 1916, Nr. 38, 39, 40 u. 41.) Der Verf. verfügt über 131 Beobachtungen. Er führt eingehend die Beziehungen der Enuresis zu anderen pathologischen Veränderungen an, welche sich bei diesen Patienten finden. Hierbei ergibt sich, daß das essentielle Bettnässen wohl ein häufiger Begleiter verschiedener pathologischer Konstitutionen, aber nicht ein Symptom eines bestimmten Zustandes darstellt. Nach einem Eingehen auf die Anatomie und Physiologie der Blase sagt der Verf., daß die Enuresis nocturna eine reizbare Nervenschwäche des Rückenmarkzentrums für die willkürlichen Sphinkterfasern darstellt. Die Pollakisurie beruht auf einer ähnlichen Erkrankung des vegetativen Systems, und zwar entweder auf einer gesteigerten Reizbarkeit der Zentren gegenüber normalen Reizen oder auf einer gesteigerten Empfindlichkeit der Blasenschleimhaut. Bei Pollakisurie sind die autonomen Zentren im Lendenmark überempfindlich, d. h. vorübergehend oder dauernd gereizt, bei Enuresis essentialis nocturna außerdem noch die zerebralen Hemmungszentren, deren Unterempfindlichkeit die normale automatische Verschlußfähigkeit im Schlafe aufhebt. Die Therapie ist zweifelhaft. Anwendung der Hydrotherapie erzielte in schweren Fällen deutlichen Nutzen. Fieberstadien unterdrückten während ihres Bestehens die Enurese. Absolute Kennzeichen für Enurese existieren nicht, die Simulation des Leidens ist deshalb in unsicheren Fällen durch die Beobachtung im Morphiumschlafe zu kontrollieren. Zum Schluß wird hervorgehoben, daß die Minderwertigkeits- und Degenerationsmerkmale der Enuretiker der Ausdruck einer allgemeinen Minderwertigkeit und nicht ein solcher des Harnapparates sind. H. Vörner-Leipzig.

Incontinentia vesicae und Enuresis nocturna bei Soldaten, von A. FUCHS und S. GROSS-Wien. (W. kl. W., 1916, Nr. 47.) Die Verf. sahen gute Erfolge mit der Verwendung von warmen Blasenspülungen. Bei durch Traumen veranlaßten Inkontinenzen wurden von 10 Fällen 3 geheilt. Fälle, deren Ursache Erkältung war, wurden 2 geheilt, 4 gebessert und 2 nicht geändert. Von 10 Erkrankungen, welche nach Infektionskrankheiten entstanden, wurden 4 geheilt, 2 gebessert und 4 blieben ungeheilt. Die letzte Kategorie, Pollakisurie mit relativer Inkontinenz, wies die besten Resultate auf: sämtliche 5 wurden geheilt. H. Vörner-Leipzig.

Enuresis nocturna bei einem Erwachsenen mit angeborenem Mangel der Vorsteherdrüse, von ERNST LEVIN-Berlin. (D. m. W., 1917, Nr. 9.) Es handelt sich um einen 17jährigen, nicht übermäßig kräftigen, geistig normalen Mann, mit infantilen Genitalien, Hypospadie und nicht nachweisbarer Prostata. Erektionen, überhaupt geschlechtliche Erregungen sind ihm nicht vorgekommen. Das nächtliche Bettnässen bei diesem Patienten besteht seit der Kindheit mit kurzen Unterbrechungen von Tagen bzw. Wochen. Bei Tage etwas vermehrter Harndrang; unwillkürlicher Harnabgang kommt tagsüber nicht vor. Es fehlten bei dem Patienten alle von FUCHS für Myelodysplasie als charakteristisch angegebenen Symptome: keine Syndaktylie, Sensibilität und Reflexe normal, die häufig auf eine Spina bifida occulta hinweisenden Anomalien der äußeren Haut der Sakralgegend (Hypertrichosis, Lipome) waren nicht vorhanden. Die Veränderungen der Genitalien sind in diesem Falle so wesentliche, daß es gezwungen wäre, ihre Bedeutung für die Genese des Falles auszuschließen und etwa eine Neurose

Digitized by Google

als Ursache anzunehmen. Prostataatrophie, als Folge eines krankhaften Schrumpfungsprozesses in späterem Alter, weist gleichfalls als besonders charakteristisches Symptom unwillkürlichen Harnabgang auf. Es ist anzunehmen, daß bei methodischen Untersuchungen häufiger als bisher eine mangelhaft entwickelte Prostata als Ursache der Enuresis bei Erwachsenen nachgewiesen werden wird. E. Brinitzer-Altona.

Röntgenbefunde bei Bettnässern. Weitere Beiträge zur Erblichkeit der Spina befida, von Janke-Königsberg. (D. Zschr. f. Nervhlk., 1917, Bd. 55, H. 4—6.) Janke hat im letzten Jahre 63 Bettnässer untersucht und bei 33 einen positiven Röntgenbefund erhalten (die Befunde sind in 12 Tafeln sehr gut wiedergegeben). Bei 13 von den 30 mit negativem Befunde bestand das Leiden angeblich erst seit höchstens einem Jahr „infolge des Schützengrabens", und es war bei diesen ein vorübergehender Zustand infolge einer Zystitis oder Blasenneurose, sog. „Enuresis diurna et nocturna adolescentium". Bei 6 anderen fehlen alle anamnestischen Daten, bei den übrigen 11 sind dieselben sehr unzuverlässig. Der Verfasser zieht aus seinen Zusammenstellungen den Schluß, daß das Leiden zur Vererbung neige; denn trotz der Schwierigkeit, die hereditäre Veranlagung festzustellen, konnte der Verfasser doch bei 31% der positiven Fälle in Erfahrung bringen, daß das Leiden bei Familienmitgliedern ebenfalls bestehe. Außerdem macht der Verfasser darauf aufmerksam, daß es sich nicht immer um Myelodysplasien zu handeln brauche, sondern daß auch örtliche Leiden der Blase und Harnröhre und eine abnorme Tätigkeit der Nieren, welche Nachts, resp. beim Liegen mehr sezernieren als am Tage, resp. bei aufrechter Körperhaltung, ätiologisch bei der Enuresis in Betracht kommen. O. Lasch-Breslau.

Über die Wirkungsart der epiduralen Injektion bei Enuresis nocturna, von Arthur v. Sarbó. (Ther. d. Gegenw., 1916, Sept.) Von den lumbosakralen Wurzeln, aus welchen sich der Ischiadicus zusammensetzt, befinden sich die sensibeln Anteile in dem Canalis sacralis; da in diesem bei der epiduralen Injektion die anästhesierende Flüssigkeit eingespritzt wird, erklärt sich die gute Wirkung der Methode. Die motorischen und sensibeln Nerven für die Blase kommen gleichfalls von den sakralen Wurzeln und so ist es einleuchtend, daß auch bei Enuresis nocturna durch die epidurale Injektion in den Sakralkanal eine Abstumpfung des Blasenkontraktionsreizes erfolgt.

E. Brinitzer-Altona.

Behandlung der Incontinentia urinae mit Einspritzungen ins Perineum, von M. Cahier. (Presse méd., 1914, Nr. 36.) Verf. empfiehlt bei Enuresis noctura 80 ccm einer physiologischen Kochsalzlösung in die Perinealgegend beiderseits zu injizieren. Er will davon gute Erfolge gesehen haben. K. Boas-Rostock.

Verschiedenes.

Priv.-Doz. Dr. Paul Mulzer, Oberarzt der dermatologischen Klinik in Straßburg i. E., erhielt den Titel Professor.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

2. Februar 1918 | Nr. 5 | Band 66

Endomyces albicans, als Ursache einer Epidermomycosis inguinalis [1]).

Von

Dr. Muijs, Spezialarzt für Hautkrankheiten, Amsterdam.

Mit 2 Abbildungen.

Im Oktober 1915 forderte mich Herr Kollege Passtoors auf, zwei Patienten im R. C. Krankenhaus zu besichtigen. Sie hatten eine charakteristische Affektion der Schamteile. Eine parasitäre Ursache wurde vermutet, was sich später als richtig herausstellte. Bei Impfung war eine Reinkultur aufgegangen von einem Pilze, welcher mir unbekannt war. Einige Wochen später traten vier gleiche Krankheitsfälle im selben Saale auf. Bei Impfung gaben zwei dieser auch sofort diese Reinkultur; die zwei übrigen waren nicht oder ganz verunreinigt aufgegangen. Später meinte ich den Grund hiervon zu verstehen. Die exfoliierte Haut enthält hauptsächlich Myzeliumfäden und Sporen, in dem Teile, der an die gesunde Haut grenzt. Bei erneuter Impfung von Patient 5 und 6 war dieselbe Kultur aufgegangen.

Im Januar 1916 bekam ich den 7. Fall zur Untersuchung auf einem anderen Krankensaale, im ersten Stadium der Affektion. Auch da war durch Impfung sofort eine Reinkultur aufgegangen. Die erwähnten Patienten waren erwachsene Personen.

Im April diagnostizierte ich den 8. Fall bei einem Kinde von vier Wochen, das aber keine Mundschwämme hatte [2]). Ich beobachtete bei der Untersuchung des Pilzes in der Kultur Hefesporulation und Myzeliumfäden mit Ektosporen, meistens in Gruppen geordnet. Diese Eigenschaften zeigen die Gruppe der Pilze, wozu das Sporotrichon und der Soorpilz gehören. Das Sporotrichon kann bei der ersten Impfung auf diese Weise auch Gärung zur Schau stellen, welche aber nach wiederholter Überimpfung verschwinden muß.

Ich fand eine Mitteilung von Kaufmann-Wolff [3]) über Affektionen zwischen Fingern und Zehen bei Erwachsenen, welche von Soorpilzen

[1]) Vortrag gehalten in der niederl. Ver. für Dermatologen, am 26. März 1916.

[2]) Ibrahim, Soorkrankheiten der Haut bei Säuglingen, mit gleicher Affektion der Mundhöhle. Arch. f. Kinderheilkunde, 1911, Bd. 55, H. 1 und 2, S. 91.

[3]) Dermat. Zeitschr., 1915, Bd. 22, H. 27.

Digitized by Google

verursacht waren. Im Februar 1916 las ich in dem damals erst herausgekommenen „Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie" einen Fall, von GOUGEROT und vier Fälle von HUDELO beschrieben, welche wohl von derselben Art sind als die meinigen. GOUGEROT bezeichnete seinen Fall als eine bis jetzt noch nicht beobachtete Mykose; in einer Versammlung, einen Monat später, teilte HUDELO vier neue Fälle mit.

Um mich nicht in Wiederholungen einzulassen, werde ich nur den Status zweier Fälle mitteilen. Der Fall 7 wurde beobachtet im Anfangsstadium, dieser ist also von Bedeutung durch die primären Effloreszenzen. Der andere Fall gibt ein entwickelteres Bild des Prozesses.

An den Schamteilen sieht man verschiedene, einzelne Millimeter große Effloreszenzen, Pseudofolliculitides (pseudo-, weil sie von mykotischem Ursprung und nicht alle streng follikulär sind). Die Haut ist verdickt, rahmfarbig weiß, erhöht, umgeben von einem roten Kranz. Die Haut der Leisten ist diffus angegriffen, rechts bis 2 cm unter der Leistenfalte, links etwas niedriger. Sie ist rotfarbig, feucht-glänzend, fissurär in den Falten mit hier und da Stücken Epidermis wie oben verändert. Rechts ist die Haut an der inneren Seite des Oberschenkels bis 7 cm unter der Leistenfalte angegriffen. Man findet Effloreszenzen von verschiedener Größe, Aussehen und Form. Neben den obengenannten Pseudofolliculitides sieht man Stellen von bis mehrere Millimeter Größe, verschieden in Umriß und Masse mit Exfoliation der Haut, von Röte und Feuchtigkeit des Zentrums. Die Vergrößerung dieser Effloreszenzen geschieht durch zentrifugale Exfoliation und durch Zusammenfließen. Die Haut des Skrotums ist diffuser angegriffen, mit scharfumschriebener Stelle im Zentrum, von obengenannter Art.

Der rechte Oberschenkel zeigt die Affektion bis 5 cm unter der Leistenfalte, ebenso die Haut des Perineums in umschriebener Form. Der Umriß des Anus ist frei.

Bei Fall 2 war die Haut der Leistenfalten bis einige Zentimeter darunter diffus angegriffen, rot, feucht glänzend in den Falten fissuriert; auch etwas oberhalb der Falten hat sich die Haut ebenso verändert. Am Rande beobachtet man eine exfoliierte Epidermis, mattweiß von Farbe, bequem in weichen Läppchen zu entfernen. Die Haut des Skrotums, soweit diese die Schenkel berührt, ist ebenso angegriffen. Vornan grenzt ein Stück Oberhaut, das diffus verdickt ist, weiß, rahmfarbig, lose zusammenhängend mit der roten, feuchten Unterlage. An der Vorderseite des Skrotums und des Penis sieht man kleinere und größere, erodierte oder mattweiße kranke Stellen, von verschiedener Form, welche sich auch vergrößern durch zentrifugale Exfoliation oder durch Zusammenfließen. Unter der diffus angegriffenen Stelle der Haut der Oberschenkel findet man in der Umgebung auch zahlreiche rote Stellen mit einem Schüppchensaume am ganzen Rande oder an einem Teile davon, unterschieden in Größe und Form. Auch sah ich Bläschen oder Pusteln mit einem roten Kranz. Zugleich wurde an der Stelle der Pubes dieselbe einzelstehende Änderung der Haut beobachtet, ebenso an der Hinterbacke.

Digitized by Google

Die sorgfältige und genauere Untersuchung lieferte folgendes:

Schuppe. Mikroskopisch sieht man in den tieferen Schichten der Epidermis, wenn man sie mit 30% Kali oder Antiformin erweicht, Gruppen von mittelmäßig großen Sporen, weiter Myzeliumfäden, wovon man auf verschiedene Entfernungen Septen und laterale Gruppen mit Sporen beobachten kann.

Kultur. Diese gibt auf verschiedenen Nährboden fast dasselbe Bild; eine rahmfarbige, feucht-glänzende Kultur. Sie ist die ersten Wochen ihres Wachstums meistens ganz glatt, später aber oft gefaltet im Zentrum, mit einem flachen Saume, von verschiedener Breite (Fig. 1). Sie hat einen starken, sauren Hefegeruch. Die Kultur im hängenden Tropfen, zeigt eine Mischung von Filamenten, Pseudo-Filamenten, hervorsprießenden Hefezellen, zuweilen Chlamidosporen. Lateral und öfters an der Spitze der Myzeliumfäden sind die Sporen meistens in Gruppen geordnet. Die Filamente haben Septen, sind mehrmals verzweigt. Das Myzelium bekommt keine hohe Differenziation. Die Filamente können Hefezellen bilden, die letzteren Myzeliumfäden. Die Hefesporulation beherrscht einige Nährboden, andere werden beherrscht von den Filamenten.

Fig. 1.

Nach Roux entsteht das Myzelium unter dem Einfluß schlechter Lebensbedingungen. Vuillemin meinte aber unter diesen Umständen gerade Hefesporulation zu sehen. Meine Meinung stimmt mehr überein mit der Auffassung von Roux. Die Hefezellen sind oval oder länglich, und, unterschieden in Größe, haben sie immer einen Kern. In Fig. 2 sieht man verschiedene Gruppierungen von sporulierenden Zellen.

In älteren Kulturen entstehen öfters an dem Ende der Myzeliumfäden, zum Nachteil des Protoplasmas Chlamidosporen; dicke Zellen, gefüllt mit Glykogen, mit einer festen Membran umgeben. Auf einem frischen Nährboden wachsen diese aus, unter Bildung von Hefezellen und Filamenten. Weiter sieht man in den Myzeliumfäden Corpuscula, welche Hefezellen ähnlich sehen. Über ihre Bedeutung läßt sich nichts übereinstimmendes sagen.

Der Botaniker, Herr Dr. Schouten aus Utrecht, war so liebenswürdig, diesen Pilz für mich zu bestimmen. Als Ergebnis seiner Untersuchungen schrieb er mir: „Ich kann nichts weiter sagen, als daß es der einfache Soorpilz ist, also Monilia albicans Zopf, in Handbüchern der Heilkunde oft als Oidium albicans bezeichnet. Es ist eine Tatsache, daß diese Pilze schwer zu züchten sind, einerseits sind sie unbeständig und reagieren sogar auf kleine Differenzen des Nährbodens, andererseits haben ausgesprochen verschiedene Sorten öfters genau dieselbe Wachstumsart. Von dem Pilze, den Sie mir geschickt haben, getraue ich mir ruhig zu sagen, daß es die Monilia albicans ist. Die Franzosen haben

Digitized by Google

diesen Pilz unter dem Genus Endomyces untergebracht (VUILLEMIN 1899)."

Der Pilz, von GOUGEROT entdeckt, ist sicher nicht der Endomyces albicans, wohl aber ihm sehr nahe verwandt.

Tierversuch. Bei zwei Mäusen spritzte ich eine Emulsion dieses Pilzes unter die Haut ein. Die eine wurde dicker an der Stelle der Einspritzung und ist am achten Tage gestorben, die andere starb nach 6 Wochen. Drei Mäuse, welche ich zur Kontrolle hatte, sind am Leben

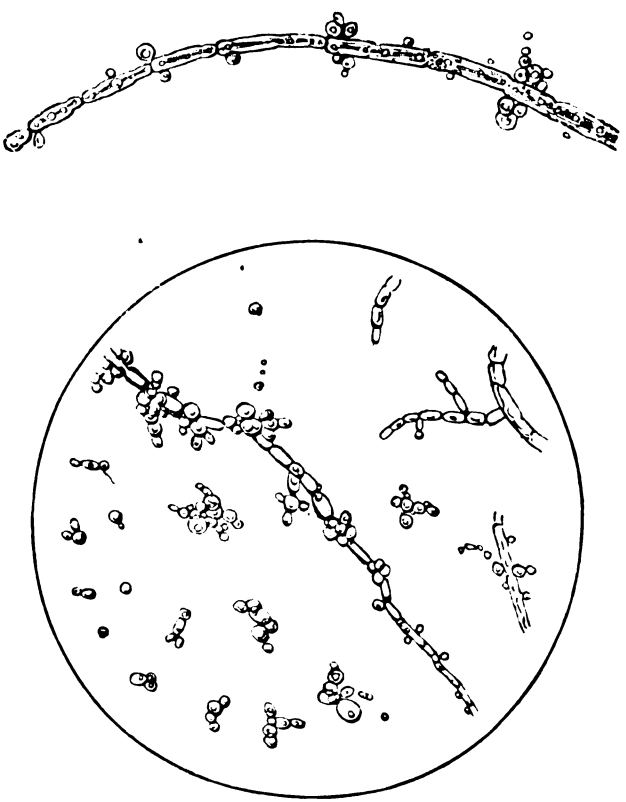


Fig. 2.

geblieben. GOUGEROT hat mit seiner Kultur die Retrokultur gemacht. Er brachte sie weiter in die Ader eines Kaninchens und auch in das Peritoneum einer Maus und bewirkte hierdurch eine rasch tödlich verlaufende Septikämie mit Peritonitis.

HUDELO bestrich die Schleimhaut der Mundhöhle von einem Meerschweinchen mit der Kultur seiner der Züchtung unterworfenen Fälle. Nach fünf Tagen sah er eine Affektion entstehen, worin er, durch mikroskopische Untersuchung der kranken Schleimhautteile, genau dieselben Myzeliumfäden und Hefezellen zeigen konnte, welche auch in der Kultur waren.

Digitized by Google

Den Serologen Sormani ersuchte ich die Agglutinations-Probe mit dem Serum des 7. Patienten ausführen zu wollen. Er fand diese Methode nicht zuverlässig, mit Pilzen nicht zu machen. Er konnte indessen nicht glauben, daß ein Prozeß, der seinen Sitz hauptsächlich im Stratum corneum hat, eine Epidermitis, das Blut immunisieren würde. Das Serum wurde mit einer physiologischen Salzauflösung verdünnt bis 1 : 250, die Verdünnung, wobei nach Gougerot das Serum die Emulsion von derselben Kultur noch sichtbar agglutinierte. Sormani fand keinen Unterschied zwischen der Röhre mit und ohne Serum. In den letzteren fand er schon vollständige Agglutination der schweren Hefesporen. Er ist dadurch im Widerspruch mit Gougerot, der offenbar auf diese Methode wohl bei dieser Sorte Affektionen Wert legt.

Diagnose. Die Affektion sieht einer Intertrigo und einer Trichophytie ähnlich. Der eingesetzten Behandlung nach, hielt man sie im Anfang im allgemeinen für einen intertriginösen Prozeß, und wie ich glaube, mit Recht. DieEpidermophytie zeigt sich meistens unter dem Bild eines Eczema marginatum (große Entwicklung der Läsionen, mit rotem, festoniertem, polyzyklischem Rande, leicht gefaltetem, kaum schilfernden, normalem Zentrum, worauf einige neue Effloreszenzen). Selten sieht man die erythematöse oder die ekzematöse Type. Von der Epidermophytie wird also die Epidermomykose wohl meistens schon klinisch zu unterscheiden sein.

Das Erythrasma ist eine Epidermitis sicca mit runden oder polyzyklischen, mattroten mit äußerst dünnen Schuppen bedeckten Stellen. Sie haben ganz oben in den Leisten ihren Sitz, aber überschreiten die Falten nach oben nicht und sind auch nicht fissuriert.

Die Intertrigo ist eine Epidermitis humida. Wo die Epidermomykosis diffus wird, ist es möglich, daß sie ihr ähnlich sieht. Außerhalb des diffusen Teiles findet man trichophytoïde Stellen, welche die mykotische Art des Prozesses vermuten läßt.

Ein Präparat einer Randschuppe, mit 30 %igem Kali behandelt, welches mikroskopisch Myzeliumfäden mit Sporengruppen von der Seite her erkennen läßt, bestätigt die Vermutung einer Epidermomykose.

Passtoors behandelte diese Fälle mit Nitras argenti und Pasta Lassar, Tinctura jodi, β-Naphtholsalbe, aber ohne Genesung zu erzielen. Sie heilten jedoch mit der Salbe von Unna (Schwefel-Pasta mit Zinnober und Terra silicea.). Gougerot benutzte Boraxbäder, pinselte danach mit 10 %igem Kreosotglyzerin, morgens und abends, und bekam dadurch bedeutende Besserung, keine Genesung. Hudelo behandelte seine Fälle durch leichtes Reiben mit einem sehr feinen Bimsstein, pinselte danach die angegriffenen Stellen einen Tag um den anderen mit 10 %igem Nitras argenti; manchmal trat bei dieser Behandlung Genesung ein. Die Affektion kann übrigens hartnäckig sein.

Digitized by Google

Fasse ich obenstehendes kurz zusammen: derselbe Parasit wurde in den Schuppen regelmäßig beobachtet, in 8 analogen Fällen. Der Pilz hatte tief in der Schicht der Schuppen seinen Sitz, nicht an der Oberfläche. Kulturen, welche unter den gleichen Bedingungen gezüchtet waren, ergaben immer dasselbe Bild, sechsmal schon rein bei der ersten Impfung, übrigens verunreinigt mit einem Staphylokokkus.

Der Parasit wurde identifiziert mit dem pathogenen, infektiösen Pilzen der Mundschwämme.

Der Pilz wurde gezüchtet bei acht sich ähnlich sehenden Krankheitsbildern, welche fast alle auf einem oder auf einem angrenzenden Krankensaale vorkamen, wahrscheinlich durch Ansteckung von einer Person auf die andere. Der Sitz der Affektion war immer derselbe, auf einer Stelle, wo es feuchtwarm ist.

Von Gougerot, Hudelo, Kaufmann-Wolff wurde eine verwandte Parasitenart gefunden, mit ähnlichen Krankheitsbildern, ebenso auf Stellen wo feuchte Wärme entwickelt wurde. Gougerot gab diese durch Retrokultur als den pathogenen Pilz an. Jod, Kreosot, Borax und Schwefel, demnach einfache Antiseptika für Hefe, übten eine heilende Wirkung aus. Auf Grund dieser Angaben meinte ich diesen Pilz als Ursache der genannten Affektionen ansehen zu dürfen. Sie sind nach meiner Meinung von Bedeutung, weil ihr Vorkommen in Hand- und Lehrbüchern der Hautkrankheiten nicht erwähnt wird, und weil sie als Intertrigo oder Ekzem aufgefaßt nicht heilen.

Nachschrift.

Mitte September wies mir Herr Prof. Mendes da Costa ein Ehepaar zu, das von außerhalb der Stadt kam. Sie litten an Schwämmen der Schamteile. Das klinische Bild sah ganz genau so aus, wie die oben beschriebenen Fälle. Diese Auffassung wurde näher bestätigt durch die mikroskopische Untersuchung der Schuppen. Auch hier fand ich Myzeliumfäden mit Ektosporen, lateral davon in Gruppen geordnet, weiter lose Gruppen von sporulierenden Hefezellen. Favus und Trichophytie zeigen nie in den Schuppen Ektosporen von der Seite her, wohl in Kulturen. Die Kultur stimmte mit der obengenannten Beschreibung überein, mykologisch war sie nicht zu unterscheiden von den anderen. Wenn das auch nicht unbedingt ein Beweis ist, daß deshalb Endomyces albicans vorliegt, ziehe ich doch hieraus die Folgerung es mit einem Soorpilz zu tun zu haben.

Die Frau hatte die Affektion zuerst in größerer Ausdehnung. Die Labia majora, die Leisten, die inneren Teile der Oberschenkel waren in ihren obersten Partien diffus affiziert; daneben abseitsstehende Efflorescenzen. Auch an der Vulva war die gleiche Affektion. Bei dem Manne hatte sie hauptsächlich ihren Sitz an der Haut des Penis, der Vorhaut und an der Glans, weiter an der Haut der Vorderseite des Skrotums. Bei

Digitized by Google

genauerer Beschreibung müßte ich wiederholen, was ich in dem genannten Status erwähnt habe. Die Folgerung ist klar, daß der Mann die Ansteckung von der Frau bekam, was auch die Anamnese lehrte. Vermutlich gingen Schwämme der Vagina voraus. Hieran ist man verpflichtet zu denken, wenn man nach dem Ausgangspunkte dieser Affektion sucht. Wir haben hier also Fälle, welche nicht auf Ansteckung in einem Krankenhaus beruhen.

Ein Schwefelpräparat und Vaginalirrigation bei der Frau brachten auch hier Genesung.

Herr Prof. Mendes da Costa war weiter so freundlich, mich auf folgendes aufmerksam zu machen. Im Jahre 1908 veröffentlichte er Beobachtungen[1]), eines infektiösen Eczema genitale und perigenitale. Auf einem Krankensaale, wo 57 Männer lagen, wurden 27 davon ergriffen. In den Kulturen wurden Hefezellen und Staphylokokken gefunden. Eine Folgerung über die Ätiologie dieser Affektionen wurde nicht gezogen. Auf Grund der Beschreibung dieses Ekzems und der Angaben, worüber wir jetzt verfügen, darf ich wohl annehmen, daß diese Affektionen genau dieselben gewesen sind als die oben von mir beschriebenen.

Aus dem Bezirksspitale in Ključ, Bosnien.

Rund zehn Jahre amtlicher Syphilistilgung.

(Mit Benutzung amtlicher Quellen.)

Von

Bezirksarzt Dr. Victor L. Neumayer, Spitalsleiter.

(Fortsetzung.)

Rückfälle kamen unter diesen Kranken bisher keine zur Beobachtung. Es ist aber auch noch keiner aus der Beobachtung entlassen, obwohl bei dreien schon mehr als fünf Jahre seit der Ansteckung verflossen sind, ohne daß ein Rückfall festgestellt worden wäre. Nach den Tilgungsvorschriften wären sie also zu entlassen gewesen. Daß sie es nicht sind, ist dies eine Erscheinung, die wir im weiteren Verlaufe dieser Mitteilung noch vielfach treffen werden und hat diese ihren Grund darin, daß eben in den letzten Jahren eine große Anzahl von Kranken nicht nachuntersucht wurde, weil sie im Felde stehen. Manche dieser Leute sind auch schon fünf Jahre und mehr beim Militär, indem sie die Mobilisierung des Jahres 1913 anläßlich des Balkankrieges mitmachten; manche vielleicht dienen auch noch länger, je nach der Zeit, in welcher sie ihre

[1]) Bericht der Niederl. Ver. f. Dermatologen. 25. Allg. Versamml. Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde. 1908, D. 1. Bldz. 955.

Digitized by Google

regelmäßige Präsenzdienstzeit angetreten haben. Die gelegentlichen Heimatsurlaube dieser Leute fielen aber meist nicht mit den regelmäßigen Amtstagen der Syphilistilgung zusammen. Dergestalt kamen manche Leute mehrere Jahre nicht zur Nachuntersuchung. Für unseren Bericht ist dies aber wenig belangreich; daß unter diesen Leuten beim Militäre Rückfälle aufgetreten sind, ist nicht anzunehmen, weil zufolge eines Kriegsministerialerlasses die unter den Soldaten auftretenden Syphilisfälle der Heimatgemeinde anzuzeigen sind, damit die Betreffenden nach der Demobilisierung in Buchführung genommen werden können. Bis heute aber ist unserem Bezirksamte noch kein solcher Fall einer Anzeige von militärischer Seite zugekommen.

Mit Tod abgegangen ist von diesen Primärsyphilitikern bisher einer.

Eine sehr hohe Zahl entfällt auf die sekundären Fälle, nämlich 1108. Eine Erklärung für diese hohe Zahl kann ich nicht geben, es wird aber wohl so sein, daß die Primäraffekte nicht zur Beobachtung kommen. Auffallend bleibt es aber immerhin, daß auch kein außergeschlechtlich erworbener Primäraffekt gesehen wurde. Sollte die außergeschlechtliche Ansteckung unserer Bevölkerung, welche ja die Regel darstellt, lauter solche Erscheinungen zeitigen, welche als sekundär angesprochen zu werden pflegen? Man muß fast etwas Derartiges annehmen.

Männlichen Geschlechts waren 748 der Erkrankten, weiblichen deren 360, ein Verhältnis also, welches ungefähr gleich dem ist, das die Gesamtzahl aller ergab.

Verschoben ist dagegen das Verhältnis zwischen Kindern und Erwachsenen, indem von ersteren 350, von letzteren 758 gezählt wurden. War dort der Stand beiläufig wie 1 : 3, so ist er hier fast wie 1 : 2. Zur Erläuterung dieser wahrscheinlich manchen überraschenden Erscheinung sei auf das bereits früher Gesagte verwiesen.

Soweit die Hausnummer unserer Kranken bekannt ist, verteilen sich diese Fälle auf 542 Hausgenossenschaften. Von 32 Kranken ist die Hausnummer unbekannt, und vermag ich daher nicht anzugeben, ob sie unter diese 542 Hausgenossenschaften einzubeziehen sind oder für sich leben. Von „Hausgenossenschaften" wird gesprochen, weil bei unserer Bevölkerung noch altväterliche Verhältnisse herrschen und die heiratenden Kinder sich meist keinen eigenen Herd gründen, sondern im Hause des männlichen Teiles verbleiben. Selbst nach Abzug dieser 32 Kranken würden also auf jedes Haus immer noch nahezu 2 Kranke kommen. Dies spricht, wenn auch nicht gerade für sehr hohe, so doch immerhin für eine Ansteckungsgefahr, die nicht zu vernachlässigen ist.

Betrachten wir die Kranken nach den Zugangsjahren, so ergibt sich folgendes Bild:

Digitized by Google

Es	stammen	aus	dem	Jahre	1905:	29
„	„	„	„	„	1906:	58
„	„	„	„	„	1907:	110
„	„	„	„	„	1908:	174
„	„	„	„	„	1909:	159
„	„	„	„	„	1910:	190
„	„	„	„	„	1911:	58
„	„	„	„	„	1912:	54
„	„	„	„	„	1913:	142
„	„	„	„	„	1914:	19
„	„	„	„	„	1915:	12
„	„	„	„	„	? :	4
					Summe	1108.

Zunächst ist aus dieser Zusammenstellung zu erkennen, wie mit dem Beginne der planmäßigen Tilgung im Jahre 1908 die Zahl der zur Behandlung kommenden Syphilitiker jäh in die Höhe schnellt. Unter der Wirkung der Tilgungsaktion fällt die Zahl der Kranken dann langsam und stetig ab. Ein jäher Abfall liegt zwischen 1910 und 1911, warum, kann ich nicht ergründen. Das Jahr 1913 gibt wieder ein starkes Hinaufschnellen der Erkrankungsziffer. Dies hat seinen Grund, wie in unserer ersten Mitteilung ausgeführt wurde, darin, daß in diesem Jahre eine tatkräftige Durchforschung auch der weiblichen islamitischen Bevölkerung einsetzte, indem damals meine Frau zur freiwilligen Mitwirkung herangezogen wurde. Weiter zeigt obige Aufstellung, welch rascher und steter Abfall des Krankenzuganges von diesem Zeitpunkte an einsetzte. Eröffnete doch erst diese Mitwirkung meiner Frau die Möglichkeit, alle Ansteckungsquellen aufzudecken und zu verschließen. Bezüglich der näheren Einzelheiten verweise ich auf unsere erste Veröffentlichung (1). Jedenfalls aber kann man sich bei der Betrachtung obiger Zusammenstellung des Eindruckes nicht erwehren, daß im Zeitraume 1913—1914 ein Hauptschlag gegen die Syphilis im hiesigen Bezirke geführt wurde.

Rückfällig wurden von den gesamten 1108 sekundären Fällen 403. Es entspricht dies mehr als einem Drittel! Auf die mit Salvarsan behandelten Kranken kommen von diesen 403 Fällen deren nur 37, also nicht ganz 9% der Gesamtsumme aller Rückfälle. Dabei betrug aber die Gesamtzahl aller mit Salvarsan behandelten sekundären Fälle 344, also mehr als 32% der Summe aller unserer sekundären Krankheitsformen. Das Hundertstelverhältnis der sich ereignenden Rückfälle hat sich demnach seit der allgemeinen Durchführung der Salvarsanierung wesentlich gebessert.

Digitized by Google

Blaschko (8) spricht über die Rückfälle, deren Häufigkeit usw. S. 152: „Aber um den Nachweis zu liefern, daß tatsächlich eine Verschiedenheit der Krankheitserreger an einer Verschiedenheit der Krankheitsbilder schuld ist, bedürfen wir des Nachweises, daß ein und derselbe Krankheitstyp immer wieder den gleichen Krankheitstyp verursacht. Aber hier lassen uns die Konfrontationen im Stiche, ja sie sprechen eher gegen eine solche Annahme." Das hier Gebrachte bezieht sich auf die Frage, warum die Syphilis des einen viele Male wiederkehrt, die des anderen aber nicht. Bei unseren Syphilitikern haben wir sicher eine ziemlich einheitliche Ursprungsquelle. Die Krankheit dürfte vor einigen hundert Jahren von den einfallenden Osmanen in das Land gebracht worden sein. Seit damals ist der Erregerstamm kaum aufgefrischt worden, sondern wir haben es gleichsam mit einem immer am gleichen Menschenschlag fortgezüchteten Erreger zu tun. Manche von unseren Kranken aber wurden wiederholt rückfällig, manche hinwieder wurden es gar nicht. Wo es aber zu wiederholten Rückfällen kam, waren es fast nur „solche mit ganz leichten Hauterscheinungen", wie dies auch Blaschko sagt.

Diese Häufigkeit der Rückfälle bei einem Teile unserer Kranken verschwindet erst seit der Einführung der Salvarsanbehandlung. Der Stamm der Erregers aber hat sich sicher nicht geändert, da eine solche Änderung auf einen Schlag, wie eben die Behandlung mit Quecksilber auf einen Schlag in die mit Salvarsan übergeführt wurde, kaum denkbar ist. Die Häufung der Rückfälle bei manchen Kranken dürfte also wohl, abgesehen von den im Organismus liegenden Gründen, in Unzulänglichkeiten der Behandlung begründet sein, die sich unseren Blicken entziehen.

Unter diesen Rückfällen der sekundären Kranken sind auch alle jene mit eingerechnet, welche laut Syphilisstandesbuch bei ihrem Rückfalle Erscheinungen aufwiesen, die zu den tertiären gerechnet zu werden pflegen, soweit solche tertiäre Erscheinungen zum ersten Male vorkamen.

Von allen diesen 403 Rückfällen wurden rückfällig:

Einmal	229
Zweimal	115
Dreimal	41
Viermal	12
Fünfmal	5
Sechsmal	1
Summe	403.

Mehr als 43% aller rückfällig gewordenen Personen bekamen demnach mehr als nur einen Rückfall.

Digitized by Google

Die Zeit zwischen der festgestellten Ersterkrankung und dem ersten Rückfalle schwankte zwischen einem Monate und acht Jahren.

Wenn nun auch die Angaben in dieser Richtung vielen Fehlern unterliegen, weil doch nicht immer jeder Rückfall sofort nach seinem Auftreten festgestellt wird, so kann doch gesagt werden, daß die Zeit zwischen der Ersterkrankung und dem ersten Rückfalle in 217 Fällen sicher mehr als ein Jahr betrug. Es ist dies also ungefähr die Hälfte aller rückfällig gewordenen Personen. Dies steht also nicht in Übereinstimmung mit dem, was STERN (6) annimmt, daß diejenigen Syphilitiker, die nicht innerhalb des ersten Jahres rückfällig werden, in der Regel überhaupt nicht mehr rückfällig werden. Dazu kommt noch, daß sicherlich ein Großteil unserer Kranken, namentlich in der Vorsalvarsanzeit, ungenügend behandelt wurde, ein Rückfall also erst recht binnen Jahresfrist zu erwarten gewesen wäre. Denn die innere Quecksilberbehandlung, welche hier, wie wir hörten, die meist verwendete war, gilt wohl als recht wenig leistungsfähig. STERNs Ansicht scheint also für unseren Stoff nicht zu Recht bestehen.

Auch was den Zwischenraum zwischen Ersterkrankung und Rückfall nach Überstehung der kritischen Frist von einem Jahre betrifft, ist derselbe bei uns sehr wechselnd, indem er sich bis zu acht Jahren ausdehnt. Ich denke, man müßte daraus wenigstens die Folgerung ziehen, die bis zur Entlassung als notwendig festgesetzte, rückfallsfreie Zeit von 5 Jahren, wie sie jetzt ist, auf 8 Jahre auszudehnen.

Nach fünfjähriger Rückfallsfreiheit wurden bis zu Beginn dieser Zusammenstellung — Frühjahr 1917 — 450 Kranke gesund entlassen. Lediglich nach der Rückfallsfreiheit zu urteilen, wäre noch eine nicht unbeträchtlich größere Zahl zu entlassen gewesen; dies kann aber derzeit noch nicht geschehen, da diese Leute im Felde stehen, demnach die für die Entlassung entscheidende Untersuchung nicht vorgenommen werden kann.

Von diesen Entlassenen sind nachträglich abermals erkrankt 10. Dazu wären noch drei bis vier andere zu rechnen, welche auch bereits zu entlassen gewesen wären, da sie fünf Jahre rückfallsfrei geblieben, die aber aus äußeren Gründen — Militärdienst oder dergleichen — nicht entlassen wurden und welche neuerlich zur Behandlung kamen, indem sie bei der zwecks Entlassung vorgenommenen Untersuchung krank befunden wurden. Ich denke, daß es sich in allen diesen Fällen nicht um Neuansteckungen, sondern um Rückfälle handelte.

Mit Tod abgegangen sind 85 meiner sekundären Syphilitiker, das sind demnach etwas mehr als 7,22%.

Von diesen starben in den ersten drei Jahren nach der Erkrankung:

Digitized by Google

27, die jünger waren als 50 Jahre und 3, die dieses Alter hinter sich hatten. Kinder befanden sich unter diesen 27 Leuten 21.

In den zweiten drei Jahren nach der Erkrankung starben: 23, die jünger waren als 50 Jahre und 2, die dieses Alter hinter sich hatten. Unter diesen 23 waren 7 Kinder.

In den dritten drei Jahren nach der Erkrankung starben: 17, die jünger waren als 50 Jahre und 13, die dieses Alter hinter sich hatten. Kinder befanden sich darunter überhaupt keine.

Von den gesamten 85 Toten waren demnach älter als 50 Jahre 18 Personen und jünger 67; unter diesen 67 befanden sich 28 Kinder. Von den jünger als mit 50 Jahren Gestorbenen stand also nahezu die Hälfte im kindlichen Alter. Betrachtet man dagegen die Zahl der Jahrgänge (12 zu 50), so hat man kaum ein Viertel derselben vor sich, und auf dieses Viertel kommt fast die Hälfte aller Todesfälle!

Von allen erkrankten Kindern sind also bereits 8% mit Tod abgegangen, während von den Erwachsenen nur 7,52% zugrunde gingen. Dieses Verhältnis wäre eigentlich nicht allzu ungünstig; man muß aber bedenken, daß eine große Zahl unserer Kranken erst in späten Jahren sich ihr Leiden erwarb.

In einem richtigeren Lichte dürfte sich dieses Verhältnis zeigen, wenn man jene 18 Verstorbenen aus der Zahl der Erwachsenen wegläßt, welche das 50. Lebensjahr überschritten hatten. In diesem Falle stellt sich das Hundertstelverhältnis für die Erwachsenen nur auf etwas mehr als 5,40%. Wir haben also auch bei uns, wie das ja allgemein bekannt ist, eine Übersterblichkeit der Kinder. Dabei fällt die Höchstzahl der kindlichen Sterbefälle in die ersten drei Jahre nach der Ansteckung, in welchen sie das Dreifache jener erreicht, welche späterhin auftritt.

Auch mein Material zeugt also von der besonders verheerenden Wirkung der Syphilis im jugendlichen Organismus.

Eine der gestorbenen Frauen, die acht Jahre nach der Erkrankung starb, hatte zwei Jahre vor ihrem Tode ein gesundes Kind geboren.

Zu diesen Todesfällen kommt noch ein weiterer, bei dem die Zeit der Ersterkrankung nicht bekannt ist und welcher zwei Jahre nach dem letzten Rückfalle verschied.

Es sei aber nicht unerwähnt gelassen, daß die Zeitangaben über die Todesfälle und daher auch ihre Beziehung zur Ersterkrankung nicht ganz sicher sind, weil die Todesfälle vielfach erst ziemlich spät gemeldet werden und dann die Leute gewöhnlich das genaue Datum nicht angeben können. Es muß also hier ebenso wie bei den Altersangaben eine gewisse Zurückhaltung beobachtet werden.

Als Opfer des Weltkrieges haben weiter noch sechs meiner Syphili-

Digitized by Google

tiker das Leben gelassen, soweit dies wenigstens bis Mitte Februar bekannt wurde. Es ist dies eine Zahl, welche späterhin, auch bis zu dieser Frist gerechnet, sich sicher wesentlich erhöhen wird. Denn es ist eine Anzahl von Syphilitikern als vermißt gemeldet, von welchen sicher ein Teil zu den Toten gehören wird. Ausgewandert und dadurch unseren Blicken entschwunden sind 4 Personen.

Von größtem Interesse wäre es nun natürlich, die prozentuelle Sterblichkeit unter der gesamten Bevölkerung meines Bezirkes während der fraglichen Jahre zu kennen. Da die Zahl der Syphilitiker unter der ganzen Bevölkerung mit hinreichender Genauigkeit bekannt ist, da ferner die Zahl der Todesfälle unter diesen gleichfalls gegeben ist, so wäre auf rechnerischem Wege etwas zu ermitteln, was nach BLASCHKO von sehr hohem Werte wäre, nämlich das Verhältnis zwischen den Sterbefällen unter den Nichtsyphilitikern und unter den Syphilitikern, mit anderen Worten, die allfällige Übersterblichkeit der Syphilitiker, oder, der Grad der Verkürzung des Lebens durch die Syphilis.

Die hier in Betracht kommenden Zahlen wären unschwer von dem die Geburts- und Sterberegister führenden Militärreferenten zu erlangen, doch leider ist dieser während der Kriegszeit durch andere Geschäfte so in Anspruch genommen, daß ich diese wertvolle Zusammenstellung einer anderen Zeit vorbehalten muß. Ich werde sie aber verläßlich bringen.

Von meinen sekundären Fällen sind 44 tertiär geworden. Davon entstammen eigener Beobachtung 13. Unter diesen befindet sich ein Bursche, der nach einer Kontusion des linken Radius an dieser Stelle ein Gumma bekam.

In diese 44 Fälle wurden jene nicht einbezogen, bei welchen sich von der Hand meines Vorgängers eine Anmerkung findet, daß der Betreffende zu irgend einem schematisch angenommenen Zeitpunkte, z. B. 31. 12. tertiär geworden ist. Wie mir Kollege Dr. DÖRNER auf eine diesfällige Anfrage mitteilt, tat er dies dort, wo er bei seinen Tilgungsreisen auf Erscheinungen tertiärer Form stieß und die Leute nicht genau anzugeben vermochten, seit wann diese bestanden, sondern nur sagten: „längere Zeit". Das schematische Datum bedeutet in diesen Fällen also, daß das Tertiärwerden vor diesem Termine eintrat. Wegen dieser Ungenauigkeit und weil man heute überhaupt der Formeinteilung dieser Art nur noch wenig Wert beimißt, glaubte ich, diese Fälle außer Betracht lassen zu müssen. Und noch mehr dürfte dieser Wert dadurch sinken, daß es sich eben um zwei Beobachter, Dr. DÖRNER und mich, handelt; der eine wird aber vielleicht etwas als tertiär ansprechen, was der andere noch zur sekundären Syphilis zählt und umgekehrt.

Digitized by Google

Der Salvarsanbehandlung wurden von meinen Syphilitikern 344 zugeführt. Von diesen sind 18 gestorben.

Dies würde also im Gegensatze zu dem oben ermittelten Hundertstelverhältnisse der Gesamtzahl, das etwas mehr als 7,52% ausmacht, mit ungefähr 2,3% ein wesentlich günstigeres Ergebnis darstellen. Es darf dabei aber freilich nicht außer acht gelassen werden, daß die Beobachtungszeit für die Salvarsanfälle wesentlich kürzer ist. Freilich glaube ich nicht, daß selbst eine längere Beobachtungszeit ein Hundertstelverhältnis schaffen wird, wie es die nicht mit Salvarsan Behandelten zeigen.

Auf die ohne Salvarsan behandelten 764 sekundären Syphilitiker kommen 57 Todesfälle, d. i. ungefähr 7,46%.

Auf die mit Salvarsan Behandelten kommen, wie erwähnt, 2,3%. Also auch wenn wir jede Gruppe für sich betrachten, schneidet die Salvarsangruppe günstiger ab. Was von der Länge der Beobachtungszeit gilt, wurde bereits weiter oben erwähnt.

Von den auf die 344 Salvarsanfälle kommenden 18 Toten starben jenseits des Kindesalters in den ersten drei Jahren nach der Erkrankung: 3, die jünger waren als 50 Jahre und keiner, der dieses Alter hinter sich hatte.

In den zweiten drei Jahren nach der Erkrankung starb: 1, der jünger war als 50 Jahre und keiner, der dieses Alter hinter sich hatte.

In den dritten drei Jahren starb: 1, der jünger war als 50 Jahre und 1, der dieses Alter hinter sich hatte.

Dem Kindesalter gehörten 11 Tote an, sämtliche in den ersten drei Jahren nach der Erkrankung gestorben; der 18. fiel dem Weltkriege zum Opfer.

Die gleiche Zusammenstellung für diese 764 ohne Salvarsan behandelten Kranken ergibt folgendes:

Es starben in den ersten drei Jahren nach der Erkrankung: 13, die jünger waren als 50 Jahre und 3, die dieses Alter hinter sich hatten. Unter diesen 13 befanden sich 10 Kinder.

Es starben in den zweiten drei Jahren nach der Erkrankung: 22, die jünger waren als 50 Jahre und 2, die dieses Alter hinter sich hatten. Unter diesen 22 Personen befanden sich 7 Kinder.

Es starben in den dritten drei Jahren nach der Erkrankung: 16, die jünger waren als 50 Jahre und 12, die dieses Alter hinter sich hatten. Unter diesen befanden sich keine Kinder.

(Schluß folgt.)

Digitized by Google

Zur gegenwärtigen Bartflechten-Epidemie.

Offener Brief an die Redaktion.

Dresden, den 8. Januar 1918.

Sehr verehrter Herr Professor!

Wie Sie ja selbst wahrscheinlich wissen, ist Deutschland zurzeit von einer Bartflechten-Epidemie bedroht, man kann sogar sagen überschwemmt, die sich immer mehr ausbreitet. Ich stehe bereits seit längerer Zeit in Korrespondenz mit Stabsarzt Meirowsky und würde es sehr dankbar begrüßen, wenn wir in Ihrer Zeitschrift diese Frage nach verschiedenen Seiten erörtern könnten. Die Sache ist ja dadurch besonders interessant, daß die Seuche wahrscheinlich aus dem Westen durch das Heer eingeschleppt worden ist und sich der Weg, den sie genommen hat, anscheinend chronologisch verfolgen läßt. Interessant ist ja auch ferner das Auftreten aller möglichen Trichophytonformen, die wir früher in Deutschland nicht gekannt haben und auf die insbesondere W. Fischer in Berlin aufmerksam gemacht hat. Dann kämen noch in Frage die besten Behandlungsweisen der Trichophytie, die Einwirkung der verschiedenen Lichtbehandlungsmethoden und die Maßnahmen, die am besten geeignet sind, unter den heutigen Verhältnissen einer Bekämpfung dieser Seuche dienlich zu sein. Auch die Frage, ob und welche Bartflechtenkranke des Heeres unter den jetzigen Verhältnissen ambulant behandelt oder auf die Station aufgenommen werden sollen, bedarf der Besprechung, weil sich unter Umständen eine bedeutende Erweiterung der Hautstationen dadurch nötig machen würde.

Alle diese Fragen sind bei der Größe einer Epidemie, wie sie Deutschland noch nicht gesehen hat, glaube ich, wichtig genug, um in Ihrem geschätzten Blatt einmal ausführlich besprochen zu werden.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Ihr stets sehr ergebener

Galewsky.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Die nicht venerischen Genitalgeschwüre, von Dr. Bachrach-Frankfurt a. M. (M. Kl., 1913, Nr. 48.) Bachrach gibt einen Überblick über Geschwüre an den Genitalien, die nicht venerischen Ursprunges sind, aber in ihrem Aussehen sehr oft den Ulcera mollia gleichen; das Fehlen der Streptobazillen Ducrey-Krepting-Unna und der meist gutartige Verlauf unterscheiden dieselben von den venerischen Geschwüren. An erster Stelle nennt der Verfasser die bei Diabetikern aus einer Balanitis resp. Vulvitis oder aus einer gewöhnlichen Erosion sich entwickelnden Geschwüre, die leicht zustande kommen, da der widerstandsunfähige Organismus dem Eindringen von Saprophyten keinen Einhalt zu tun vermag. Ferner kommen die im Anschluß an akute Infektionskrankheiten (Masern, Diphtherie, Typhus — seltener Cholera und Dysenterie) oft an den Genitalien auftretenden Geschwüre in Betracht; dieselben entstehen oft durch direkte Übertragung der Infektionserreger an die Genitalien und sind meist ein Zeichen für die Schwere der Erkrankung und prognostisch ungünstig. Bei der Diphtherie sind primäre Vulvodiphtheriegeschwüre beobachtet worden. Von den chronischen Infektionskrankheiten ist die Tuberkulose häufig die Ursache für Genitalgeschwüre; hier sind dieselben entweder primär oder sekundär; in letzterem Falle sind sie entweder auf hämatogenem Wege oder durch Infektion benachbarter tuberkulöser Organe hervorgerufen (tuber-

Digitized by Google

kulöse Adnexerkrankungen oder tuberkulöse Prostatitis oder Periproktitis); bei primärer Tuberkulose ist die Infektion auf exogenem Wege oft nachweisbar (z. B. bei der rituellen Beschneidung). Dann bespricht der Verfasser die Hauterkrankungen, die sich am Genitale lokalisieren, und deren geschwürige Manifestationen zur Verwechslung mit venerischen Ulzera führen können. Hierher gehören außer Arzneiexanthemen, Pemphigus vulgaris, Erythema exsudativum multiforme, Varizellen, u. a. auch der Pemphigus vegetans. Ein besonderes Krankheitsbild bilden die Ulzerationen an den Genitalien im Anschluß an Pyodermitiden, wie die im Anschluß an die Impfung auftretenden. Endlich sind zu erwähnen die herpetischen, aphthösen, pseudotuberkulösen Ulzera, die an den Genitalien lokalisiert oft die Diagnose gegenüber den venerischen Geschwüren erschweren. Mit seiner Zusammenstellung dieser mannigfachen Genital-Geschwüre verbindet der Verfasser eine genaue Schilderung des klinischen Bildes derselben wie die Aufzählung der differential diagnostisch wichtigen Momente zwischen venerischen und nicht venerischen Geschwüren, welche die Lektüre der Arbeit sehr empfehlenswert macht. O. Lasch-Breslau.

Zystoskopische rektovesikale Durchleuchtung, von S. Pelouze-Philadelphia. (New York m. J., 14. Okt. 1916.) Bei Krankheitszuständen, die zwischen Blase und Mastdarm liegen (subvesikalen Veränderungen), gibt die Untersuchung per rectum einen, im besten Falle unsicheren Befund, und P. empfiehlt daher schon seit langem die mittels Zystoskop auszuführende Durchleuchtungsmethode. Das Zystoskop wird in die mit Wasser gefüllte Blase eingeführt, der eine elektrische Pol in das Rektum und dann gelingt es, die Blasenveränderungen und die zwischen Blase und Mastdarm liegenden Gewebe genau zu erkennen. P. konstruierte einen etwas gebogenen Stiel als Träger der Durchleuchtungslampe, da ein gerader nicht nur die seitliche Bewegungsfähigkeit hinderte, sondern auch zu scharf auf den Blasengrund eindrang; die Lampe gibt ein ausgezeichnetes Licht und, da sie von einer Luftkammer umgeben ist, ist die Gefahr einer Verbrennung nicht vorhanden. Der Hauptwert dieser Methode liegt in der Feststellung von Gewebsinfiltrationen, die in der Blasen-, Prostata- oder Mastdarmgegend liegen, und der Diagnose von Steinen am unteren Ureterenende. Ob sie auch bei Veränderungen der Samenbläschen von Wert ist, erscheint P. deshalb fraglich, weil dieselben so sehr variierende Bilder geben, daß man wohl nur zögernd vom Schatten allein eine Diagnose auf entzündliche Veränderungen stellen würde; immerhin würde bei Perivesikulitis die Methode bei Vorhandensein anderer Erscheinungen die Diagnose erhärten. M. Stern-München.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Die brotfreie Behandlung in der Dermatologie, von R. Sabouraud. (Presse méd., 1917, Nr. 10.) Verf. hat gute Resultate gesehen, wenn bei Dermatosen, die sich bei Fettsucht finden, namentlich Ekzemen, dann bei Gesichtsaffektionen, die mit Hyperazidität einhergehen (Akne, Kongestionen) das Brot völlig aus der Nahrung ausgeschaltet wird. R. Frühwald-Leipzig.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

9. Februar 1918 | Nr. 6 | Band 66

Aus Rudolf Berghs Hospital in Kopenhagen (Direktor: Priv.-Doz. Dr. Jersild).

Syphilis 16 Jahre nach der Infektion auf den Fötus übertragen.

Von

Dr. M. Brun Pedersen.

Obschon in der Literatur nicht wenige Fälle von vererbter Syphilis vorliegen, die erst viele Jahre nach Infektion der Mutter stattfand, scheint mir folgende Krankengeschichte doch interessant genug, um hier veröffentlicht zu werden.

Am 10. August dieses Jahres wurde hier im Krankenhause ein acht Wochen altes Mädchen aufgenommen, das nach Aussage der Mutter rechtzeitig geboren war und auch im ersten Lebensmonate bei künstlicher Nahrung ausgezeichnet gedieh. Als das Kind einen Monat alt war, begann es schlecht auszusehen, gleichzeitig bekam es starken Schnupfen, der seitdem hartnäckig anhielt. Kurze Zeit nachher trat außerdem Exanthem auf, und nach kürzerer Beobachtung im Heim wurde das Kind ins Krankenhaus überführt.

Die Untersuchung hier ergab deutliche Zeichen von Syphilis congenita; außer dem oben erwähnten, purulenten Schnupfen wurden zahlreiche Fissuren und Rhagaden um den Mund herum, schuppende Flecken am Körper ohne sicheres Gepräge und diffuse Abschilferung in den Handflächen gefunden. Es war nur unbedeutende Adenitis vorhanden, und Leber und Milz schienen nicht vergrößert zu sein.

Die Wassermann-Reaktion im Serum war kräftig positiv.

Die Mutter des Kindes wurde vor 16 Jahren mit Syphilis angesteckt; im ersten Jahre hatte sie im ganzen drei Ausbrüche, die mit Inunktionen behandelt wurden. Später nie Rezidiv, die Wassermann-Reaktion wiederholte Male negativ. Sie ist nie präventiv behandelt worden. Vier Jahre nach der Infektion verheiratete sie sich mit einem vermeintlich gesunden Manne, von dem sie im ganzen vier Kinder bekommen hat (sonst ist sie in ihrer Ehe nicht schwanger gewesen). Die drei ältesten Kinder, die jetzt 10, 7 und 5 Jahre alt sind, waren immer gesund, das jüngste, welches vor drei Jahren geboren wurde, starb, als es ein halbes Jahr alt war, an einem akuten katarrhalischen Leiden. Bei den drei vollständig gesunden Kindern ist es leider unmöglich gewesen, eine Wassermann-Reaktion vorzunehmen; dagegen war dieselbe beim jüngsten, verstorbenen, negativ.

Vor ungefähr zwei Jahren verließ der Mann die Mutter des Kindes, und diese ließ sich einige Zeit später in Verkehr mit einem anderen Mann ein; die Frucht dieser Verbindung ist eben dieses Kind. Der betreffende Mann, den wir untersuchten, gibt an, daß er in jungen Jahren (vor 14—15 Jahren) „ein Geschwür" hatte, daß nach kurzer Selbstbehandlung verschwand und nicht von nachfolgenden generellen Symptomen irgend welcher Art abgelöst wurde. Außer diesem Leiden leugnet er Geschlechtskrank-

Digitized by Google

heiten und jede antisyphilitische Behandlung. Bei der Untersuchung fand man auch keinen Anhaltspunkt für Syphilis, und sein Blutserum gab eine negative Wassermann-Reaktion.

Die Mutter des Kindes haben wir gleichfalls untersucht, aber auch hier sind weder klinische noch serologische Symptome von Syphilis.

Es handelt sich also augenscheinlich um eine Frau, die vor 16 Jahren mit Syphilis angesteckt wurde, die aber, abgesehen vom ersten Jahr, anscheinend sehr mild verlief. Nachdem sie mit demselben, wahrscheinlich gesunden Manne, vier nichtsyphilitische Kinder zur Welt gebracht hatte, bekommt sie 16 Jahre nach der Infektion mit einem anderen, vermutlich auch gesunden Manne ein Kind, das ausgeprägte Zeichen einer angeborenen Syphilis aufweist. Das Eigentümliche hierbei sind zum Teil die 16 Jahre, die zwischen der Infektion und der Übertragung auf das Kind verlaufen sind, aber in noch höherem Grad die Tatsache, daß die Mutter in dieser langen Zwischenzeit trotz wiederholter Schwangerschaft ausschließlich gesunden Nachwuchs in die Welt gesetzt hat, ja daß nicht ein einziges Mal weder eine Fehl- noch eine Frühgeburt zu verzeichnen war.

Aus dem Bezirksspitale in Ključ, Bosnien.

Rund zehn Jahre amtlicher Syphilistilgung.

(Mit Benutzung amtlicher Quellen.)

Von

Bezirksarzt Dr. Victor L. Neumayer, Spitalsleiter.

(Schluß.)

Auch diese Aufstellung läßt uns eine starke Übersterblichkeit der Kinder, namentlich in den ersten drei Jahren nach der Erkrankung erkennen; diese hält, wenn auch vermindert, in den zweiten drei Jahren gleichfalls noch an.

Wie aber steht es mit der Übersterblichkeit der Kinder unter den mit Salvarsan behandelten Kranken?

Elf von den 18 Toten der Salvarsanreihe entfallen, wie wir oben hörten, auf Kinder, und diese starben sämtlich in den ersten drei Jahren nach der Ersterkrankung. Dies macht 61% aller Todesfälle dieser Gruppe aus.

Wenn wir in Betracht ziehen, daß von diesen 344 mit Salvarsan behandelten sekundären Syphilitikern 119 Kinder waren, so sehen wir, daß also von den mit Salvarsan behandelten sekundär syphilitischen Kindern 9,24% gestorben sind.

Digitized by Google

Der Hundertstelsatz an Todesfällen unter den mit Salvarsan behandelten Kindern ist also noch immer fast um die Hälfte größer als der Hundertstelsatz der gesamten Sterbefälle unter den sekundären Syphilitikern. Dieses Verhältnis erscheint erst dann in günstigerem Lichte, wenn man erwägt, daß 61% aller Sterbefälle unter dieser Klasse allein auf Kinder entfallen. Immerhin aber ist die Sterblichkeit unter den mit Salvarsan behandelten Kindern noch immer eine dreimal größere als jene unter der gleichen Klasse Erwachsener.

Nach Abzug der 119 auf das Kindesalter kommenden Krankheitsfälle von den 344 überhaupt mit Salvarsan behandelten verbleiben 225 Erwachsene, welche salvarsaniert wurden. Unter diesen ereigneten sich, abgesehen von dem einen auf die Rechnung des Weltkrieges zu setzenden Todesfalle, 6 Sterbefälle. Das sind 2,66%. Es ergibt sich also, wie erwähnt, immer noch eine mehr als dreifach so hohe Sterblichkeit unter den sekundär syphilitischen Kindern wie unter den Erwachsenen, trotz der Salvarsanbehandlung.

Nicht mit Salvarsan behandelt wurden 231 sekundär syphilitische Kinder. Von diesen sind 17 gestorben, was also etwas mehr als 7% bedeutet. Der Hundertstelsatz unter den mit Salvarsan behandelten Kindern würde sich also um ungefähr 2% höher stellen als jener unter den nicht mit Salvarsan behandelten Kindern. Ich glaube aber nun keineswegs, daß dieser größere Hundertstelsatz dem Salvarsan zur Last fällt oder vielleicht gar das Salvarsan daran schuld sei. Man muß nämlich erwägen:

1. Unter den als mit Salvarsan behandelt angeführten Kindern befindet sich eine Anzahl von Rückfällen, welche bei verschiedenen anderen, schon früher eingetretenen Rückfällen, eben noch ohne Salvarsan behandelt wurden, wo die Syphilis also oft jahrelang Zeit gehabt hatte, die Gesundheit dieser Kinder zu untergraben und ihre Widerstandsfähigkeit zu schwächen, ehe Salvarsan gegeben wurde.

2. Unter den mit Salvarsan behandelten Kindern ist eine Anzahl solcher allerzartesten Alters, von 1 bis 4 Monaten bis zu einem Jahre. Und gerade unter dieser Gruppe von Kindern ist die Sterblichkeit auch ohne Syphilis eine sehr hohe, und ist es namentlich hierzulande, wo, wie ich in früheren Mitteilungen wiederholt betonte, die Kinderpflege und Kinderhygiene noch in ihren allerersten Erstlingsschuhen geht. Diese Zahlen unserer Statistik stehen also noch gewaltig unter dem Einflusse der normalen Kindersterblichkeit des ersten Lebensjahres.

3. Es wurden der Salvarsanbehandlung auch Kinder unterzogen, bei denen es sich eben um ein letztes verzweifeltes Eingreifen handelte. Und manche dieser allerelendesten Würmchen waren eben auch mit Salvarsan nicht mehr ihrem Schicksale zu entreißen.

Digitized by Google

Soll man sich also vielleicht durch diese Erfahrungen und Zahlen abhalten lassen, kleinste Kinder der Salvarsanbehandlung zuzuführen? Ich glaube nicht, denn ich darf auch nicht verschweigen, daß ich kleinste Kinder mit Salvarsan behandelt habe, allerdings bei der ersten Erkrankung an Lues, von denen ich nicht geglaubt hätte, daß ihr Leben auch nur noch nach Tagen zähle. Und sie sind geradezu wunderbar erblüht und entwickelten sich zu kraftstrotzenden, vollkommen gesunden Kindern.

Leider kann ich den Zahlen über die mit Salvarsan behandelten kleinsten Kinder keine solchen über Kinder gleicher Altersstufe entgegenstellen, welche ohne Salvarsan behandelt wurden. Ich verfüge da über kaum 2 Fälle. Und dies hat seinen Grund in folgendem: solche allerkleinste und schwächste Kinder wuchsen erst zu, als die tiefstgreifende Durchforschung der muslimanischen Frauen durch die Mithilfe meiner Frau einsetzte. Denn die Männer brachten diese schwachen Würmer nicht zur Durchforschung, weil sie selbe nicht von ihren Müttern trennen wollten. Und auch als die Durchforschung der Frauen durch eine Ärztin begann, rutschten diese armen Geschöpfe durch, weil die Durchforschung eben wegen des Kommens der Ärztin von weither, wie in einer früheren Mitteilung ausgeführt wurde, nicht auf alle Frauen ausnahmslos erstreckt werden konnte. Es fehlte eben die Möglichkeit, die Ausgebliebenen immer wieder und wieder vorzuladen, bis man ihrer dann endlich doch habhaft wurde. Für meine Frau aber war dies möglich, da sie am Platze selbst lebt. Und als auf diese Art erst einmal die ersten Kinder ermittelt und erfolgreich behandelt waren, dann kamen die Mütter von selber und heischten die Salvarsanierung. So mehrten sich dann diese Fälle, was an und für sich nur zu begrüßen ist, für die Statistik aber eben drückend wirkt. Andererseits aber spricht auch wieder gerade der Umstand, daß die Mütter in den letzten Jahren diese Schwächlichsten der Schwachen selbst zum Spritzen bringen dafür, daß auch bei diesen Kindern das Salvarsan mindestens nicht gegenangezeigt ist. Denn, hätte das Salvarsan auf diesem Gebiete nicht glänzende Erfolge gezeitigt, so würden diese mißtrauischen Mütter eines höchst konservativen Volkes ihre Kinder nicht aus eigenem Antriebe der Salvarsanbehandlung zuführen. Volksstimme — Gottesstimme. Schwächlichkeit oder Jugend eines syphilitischen Kindes ist für mich auch aus den Gegenanzeigen der Salvarsanbehandlung geschwunden.

Weiter ist, wie nachträglich noch erhoben wurde, noch einer der erwachsenen sekundär syphilitischen Leute ungefähr 8 Jahre nach der Ersterkrankung im Alter von 54 Jahren verschieden. Dieser Mann, der bereits seit Jahren an sehr starkem Asthma litt, wurde einmal mit Neosalvarsan = 0,5 Altsalvarsan veneninn behandelt, obwohl er keinerlei offen-

Digitized by Google

kundige Erscheinungen von Lues aufwies; seiner Meinung nach aber rührten alle Beschwerden nur einzig von der seinerzeit überstandenen Syphilis her, und um mich seinen Bestürmungen zu entziehen und ihm zu beweisen, daß dem nicht so sei, wurde er mit Salvarsan gespritzt. Es hätte schließlich ja vielleicht doch eine Lues daran schuld sein können, obwohl probeweise gegebenes Jod jede Besserung vermissen ließ. Es gab auch das Salvarsan keinen Erfolg, wie ich es auch erwartete. Im Frühjahr 1917 erlag der Mann seinem Leiden.

Auf die tertiären Erkrankungsformen entfallen insgesamt 251 Fälle. Darunter befanden sich 144 Männer und 107 Weiber, also Zahlen, die voneinander nicht sehr stark abstehen; jedenfalls nicht so sehr, wie die für die sekundären Kranken ermittelten. Die Mehrzahl dieser Fälle kommt, wie wohl von vornherein zu erwarten stand, auf erwachsene Personen, nämlich 228, und nur 20 kommen auf kindliche Individuen; es braucht halt doch immerhin einige Jahre, bis es zum Auftreten von tertiären Erscheinungen kommt und daher diese niederen Zahlen von Kindern. Unbekannten Alters waren 3 Leute.

Alle diese Fälle verteilen sich auf 158 Hausgenossenschaften, soweit die Hausnummern bekannt sind, und noch 7 weitere Hausgenossenschaften, deren Hausnummer unbekannt ist, welche also vielleicht unter diese 158 mit einzubegreifen sind, vielleicht aber auch nicht. Besteht diese letztere Annahme zu Recht, so kommen auch hier immer noch mehr als 1,5 Personen auf jede in Mitleidenschaft gezogene Hausgenossenschaft. Das Bild ist also ähnlich wie bei den sekundären Fällen.

Wenn wir nun die Kranken nach den Zugangsjahren ordnen, so ergibt sich folgendes:

Es stammen aus dem Jahre:

1905	5
1906	8
1907	16
1908	46
1909	27
1910	31
1911	23
1912	12
1913	31
1914	22
1915	17
?	2
Summe	240.

Digitized by Google

Auch hier sehen wir, wie bei den sekundären Fällen erwähnt, mit dem Jahre 1908, in dem die planmäßige Tilgung einsetzte, ein jähes Hinaufschnellen der zugehenden Kranken. In den nächsten Jahren, außer 1910, das eine kleine nach oben gerichtete Zacke bringt, sinkt diese Zahl ab, bis erst jenes Jahr, in welchem die Mitwirkung meiner Frau einsetzte, das ist 1913, wieder einen raschen Anstieg zeitigt. Die Einbeziehung aller weiblichen muslimanischen Personen in die Durchforschung, wie dies ab 1913 geschah, erklärt dieses Ansteigen zur Genüge. Dann sinken die Ziffern, einen kleinen Anstieg des Jahres 1915 ausgenommen, wieder ab.

Rückfällig wurden von sämtlichen 251 Kranken 77. Wir finden also auch hier mit ungefähr einem Drittel ein ähnliches Verhältnis, wie wir es bei den sekundären Formen besprachen. Auf die mit Salvarsan behandelten tertiären Kranken, deren Zahl 132, also mehr als ein Drittel ausmacht, kommen deren nur 3. Der eine wurde rückfällig nach 12 Monaten, der zweite nach 26 Monaten und der dritte zum ersten Male nach 7, zum zweiten Male nach weiteren 5 Monaten. Im Falle 2 und 3 handelte es sich bei Individuen von 11 bzw. 5 Jahren um Kinder, im ersten, bei einem Alter von unter 14 Jahren um eine dem Kindesalter nahestehende Person.

Wir sehen demnach in der Salvarsanreihe der tertiären Kranken in Beziehung auf die Rückfallsfreiheit ein sehr günstiges Ergebnis. Die Ursache dürfte wohl darin zu suchen sein, daß, wie man allgemein annimmt, die tertiären Erscheinungen Ausdruck mehr örtlicher Ansiedlung der Spirochäten sind und weniger einer Allerortigkeit (Ubiquität) derselben entsprechen. Der jeweiligen Krankheitserscheinung würden also geringere Mengen von Spirochäten im Gesamtkörper und wohl auch am Krankheitsherde selbst entsprechen, die Salvarsanbehandlung könnte also schon von vornherein auf einen nachhaltigeren Erfolg rechnen. Und dem ist auch, wie wir sehen, in Wirklichkeit so.

Freilich antworten auf der anderen Seite, wie auch im Schrifttume mehrfach festgelegt ist, und wie auch wir in früheren Mitteilungen feststellen konnten, die tertiären Krankheitsbilder schleppender auf Salvarsan. Die Ursache sucht man in einer weniger guten Blutversorgung der Krankheitserzeugnisse tertiärer Natur. Diese schlechtere Durchblutung schafft dann naturgemäß mit einer verringerten Blutmenge auch geringere Salvarsanmengen an den Schauplatz der Krankheit. Um nun aber diesen Verhältnissen ausgleichend entgegentreten zu können, riet ich schon vor mehreren Jahren dazu (7), das veneninn einverleibte Salvarsan, sei es durch Bindenstauung, also auf passivem Wege, sei es durch hyperämisierende Heißluftbehandlung, also auf aktivem Wege,

Digitized by Google

zu „richten" bzw. am Krankheitsorte „anzureichern". Meine eigenen, vielversprechenden Versuche in dieser Richtung konnte ich leider bei der fast ausnahmslos ambulatorischen Behandlung meiner Syphilitiker nicht weiterführen, und von anderer Seite kam mir bis jetzt keine einschlägige Veröffentlichung zu Gesicht.

Daß es sich bei den oben erwähnten Rückfällen gerade um Kinder oder doch dem Kindesalter nahestehende Personen handelt, scheint mir auch kein Zufall zu sein, und möchte ich die Ursache dafür darin suchen, daß nicht nur die absolute verabreichte Salvarsanmenge bei Kindern und jugendlichen Personen geringer ist als bei Erwachsenen, sondern, daß sie es wohl auch relativ genommen ist. Man geht natürlich mit großer Vorsicht zu Werke, weil die Bestimmung der Gabengröße immer mehr oder weniger dem Gefühlsmäßigen überlassen bleibt. Und da geht man lieber tiefer herunter, als daß man sich übeln Zufällen aussetzt. Dies würde dann sozusagen eine Minderzahl von Heilkräften (Salvarsan) einer Überzahl von Feinden (Spirochäten) gegenüberstellen, und die Niederlage des Salvarsans, die im Rückfalle zum Ausdrucke kommt, wäre wahrscheinlich, wäre verständlich.

Wir sehen also auch bei der tertiären Lues ebenso wie wir es bei der sekundären nachweisen konnten, seit die Salvarsanbehandlung den Schauplatz beherrscht, eine wesentliche Besserung in den Rückfallzahlen.

Von den beobachteten Rückfällen wurden rückfällig:

Einmal	53
Zweimal	20
Dreimal	3
Viermal	1
Summe	77.

Mehrmals rückfällig wurde also auch hier ein ziemlich hoher Hundertstelsatz, nämlich mehr als 31% aller Rückfälle.

Die Zeit zwischen der festgestellten Ersterkrankung und dem ersten Rückfalle schwankt zwischen zwei Monaten und acht Jahren; wir finden also bei der tertiären Lues unseres Materials ein ganz ähnliches Bild wie bei der sekundären. Betreffs der Fehlergrenzen, die ziemlich weit zu ziehen sind, gilt auch hier das bei der Besprechung der sekundären Fälle Erwähnte. Sicher mehr als ein Jahr aber betrug die zwischen Ersterkrankung und erstem Rückfalle liegende Zeit in 51 Fällen, was also fast zwei Drittel aller Rückfälle ausmacht. Dies entspricht noch weniger dem von STERN (6) angegebenen Verhältnissen, als wir bei den sekundären Fällen feststellen konnten. Dabei aber handelt es sich fast durchweg um Kranke, die nach den heutigen Begriffen unzulänglich behandelt wurden. Dabei bin ich fest überzeugt, daß wir es bei allen diesen unseren

Digitized by Google

hiesigen Fällen niemals mit Neuerkrankungen, sondern durchweg mit Rückfällen zu tun haben.

Nach fünfjähriger Rückfallsfreiheit wurden gesund entlassen 74 Leute. Auch hier könnte, wie dies schon bei den sekundären Fällen ausgeführt wurde, diese Zahl wesentlich höher sein, wenn nicht durch die Kriegsverhältnisse eine Zahl von bereits zur Entlassung reifen Leuten der letzten entscheidenden Untersuchung entzogen worden wäre.

Von diesen „geheilt" Entlassenen sind nachträglich neuerlich erkrankt oder wohl, besser gesagt, rückfällig geworden zwei. Davon der eine nach 23 Monaten, der andere nach 5 Monaten, vom Tage der Entlassung an gerechnet.

Mit Tod abgegangen sind 23 unserer Kranken. Das wären demnach 9,16%. Dieses Verhältnis ist mithin etwas größer, als wir es bei den sekundären fanden, was wohl darin seinen Grund haben dürfte, daß in diese Gruppe der tertiären Fälle wohl eine größere Zahl von älteren Menschen einzureihen ist, älterer Menschen, deren Sterblichkeit schon an und für sich höher ist. Auch hier wäre es äußerst interessant, das Verhältnis zu ergründen, in welchem die Sterblichkeit dieser Syphilitiker zu der Sterblichkeit der übrigen, nicht syphilitischen Bevölkerung steht. Wie schon weiter oben ausgeführt, ist dies derzeit aus äußeren Gründen nicht durchführbar, und muß es einer späteren Veröffentlichung vorbehalten bleiben, auf diese für die Syphilisfrage hochinteressanten Erhebungen einzugehen.

Von diesen Toten starben in den ersten drei Jahren nach der Ersterkrankung 6, die jünger waren als 50 Jahre und 2, die dieses Alter hinter sich hatten.

In den zweiten drei Jahren nach der Ersterkrankung starben 2, die jünger waren als 50 Jahre und 6, die dieses Alter hinter sich hatten.

In den dritten drei Jahren nach der Ersterkrankung starb 1, der jünger war als 50 Jahre und 6, die dieses Alter hinter sich hatten.

Auf das Kindesalter entfiel kein einziger Todesfall, was beim Zurücktreten der kindlichen Individuen in dieser Klasse wohl nicht besonders verwunderlich sein dürfte.

Als Opfer des Weltkrieges ging weiter, soviel bis heute bekannt ist, noch einer zugrunde.

Auch bei dieser Gruppe gilt von den zeitlichen Daten der Todesfälle, sowie von den Altersangaben das schon bei Besprechung der sekundären Fälle Dargelegte.

Der Salvarsanbehandlung wurden zugeführt 132 Kranke, also bereits mehr als die Hälfte. Zu den Todesfällen lieferten diese 6 Personen, darunter den einen im Kriege gefallenen.

Digitized by Google

Während sich also die Zahl der mit Salvarsan behandelten Kranken und jener, welche ohne dieses behandelt wurden, ungefähr wie 1 : 1 verhält, stellen sich die Todesfälle beider Gruppen wie 2 : 1, also entschieden zugunsten des Salvarsans. Einer derselben war unbekannten Alters, zwei waren bei ihrem Tode mehr als 50 Jahre alt und bereits zwei bzw. sechs Jahre vor der Salvarsanbehandlung krank gewesen. Einer der Gestorbenen war zwar erst 18 Jahre alt, erlag aber seiner Tuberkulose. Einer wurde ein Opfer des Weltkrieges, so daß also nur ein Fall von 36 Jahren bleibt, welcher mit Salvarsan behandelt wurde und späterhin starb. Und zwar starb dieser im gleichen Jahre, in dem er mit Salvarsan gespritzt wurde. Die an und für sich schon geringere Sterblichkeit der mit Salvarsan Behandelten erscheint also noch günstiger, wenn man die über 50 Jahre alten und den Tuberkulösen, sowie das Kriegsopfer außer Betracht läßt.

Verhältnismäßig günstig schneiden bei dieser Gruppe auch die Kinder ab, auf welche kein einziger Todesfall kommt; der Grund dürfte darin liegen, daß die in Betracht kommenden Kinder sich, schon der Art des Auftretens tertiärer Erscheinungen nach, nahe der oberen Grenze des Kindesalters befanden, wo die Sterblichkeitsverhältnisse an und für sich günstigere sind. Es fehlen eben die kleinen und kleinsten Kinder, welche bei den sekundären Fällen, wie wir sahen, sehr drückend auf die Statistik wirkten und wohl zum großen Teile für die dort festgestellte Übersterblichkeit verantwortlich zu machen sind.

Einiges möchte ich hier auch noch über die besonders ausgedehnten und schweren geschwürigen Krankheitserscheinungen tertiärer Natur erwähnen.

BLASCHKO (8) bestreitet auf Grund seiner Erfahrungen, „daß die tertiären und gummösen Affektionen als besonders schwer zu gelten haben". Mir scheint nun, daß auch unser Stoff zu dieser seiner Ansicht eine weitere Bestätigung bringt. Man bekam hier, namentlich in früheren Jahren, selbst über den halben Körper ausgedehnte, spätsyphilitische Geschwürerscheinungen der Haut zu Gesicht, absolut vollkommene Zerstörungen des weichen und harten Gaumens, und diese Sachen waren mit Salvarsan geradezu spielend leicht auszuheilen. Freilich, Salvarsan muskelinn. Aber auch in der Vorsalvarsanzeit war diesen Formen verhältnismäßig unschwer beizukommen. Ich kenne hier z. B. einen Mann, dem buchstäblich der ganze knöcherne Gaumen fehlt — und vor zwei Jahren hat ihm seine Frau zwei gesunde, kräftige Zwillingskinder geboren, die auch jetzt noch wohlauf sind und gut gedeihen. Fremde Hilfe aber bei dieser Zeugung ist unter den Verhältnissen, wie die muslimanischen Frauen gehalten werden und wie auch die Sittsamkeit dieser Frauen

Digitized by Google

hier noch ist, unbedingt auszuschließen. Auch der Vater selbst fühlt sich vollständig wohl und ist seit mehr als 6 Jahren rückfallsfrei. Salvarsan bekam er nie. Solche Fälle dürften wohl geeignet sein, das Urteil über diese „besonders schweren Fälle" einer neuerlichen Durchsicht im Sinne BLASCHKOS zu unterziehen.

Was nun lehrt uns mein Material in bezug auf die von SICHELSTIEL aufgeworfene, eingangs erwähnten Fragen?

Über das fernere Schicksal der Syphilitiker führt unser Stoff zu keinen besonderen oder neuen Schlüssen; dazu ist auch die Beobachtungszeit noch nicht ausreichend lange. Dieses fernere Schicksal aber scheint sich, soweit eben bei der bisher vorliegenden Beobachtungszeit etwas gesagt werden kann, nicht wesentlich von dem der anderen Sterblichen zu unterscheiden. Ich sehe auch keinerlei Anhaltspunkte dafür, daß sich in dieser Auffassung etwas ändern wird, wenn die Beobachtungszeit sich verlängert haben wird. Insbesondere scheint mir dies für diejenigen Syphilitiker zu gelten, welchen die Segnung der Salvarsanbehandlung, selbst in der hier geübten, unvollkommenen Ausdehnung, zuteil wurde.

Von der Gesamtzahl meiner 1344 Luetiker starben bis jetzt 110, was also 8,18% bedeuten würde. Wie viele Personen von der Gesamtbevölkerung meines Bezirkes während dieser Zeit, von welcher wir berichten, mit Tod abgegangen sind, werde ich, wie erwähnt, späterhin feststellen und mitteilen. Ein endgültiges Urteil über eine allenfalls vorhandene Übersterblichkeit der Syphilitiker, wenigstens betreffs des bisherigen Berichtsraumes, wird erst dann angängig sein. Dabei umfassen diese 8,18% aller Todesfälle, ohne Rücksicht darauf, ob sie eine unmittelbare oder mittelbare oder überhaupt keine Folge der Syphilis waren.

BRUHNS (s. SICHELSTIEL a. a. O.) findet, daß jeder 4. oder 5. Syphilitiker an seiner Infektion gestorben ist. Das wären also 20—25%. Ein so ungünstiges Verhältnis selbst für die Gesamtzahl der Todesfälle unter den Luetikern, ohne Rücksicht auf den Zusammenhang zwischen Tod und Syphilis dürfte bei meinem Materiale selbst bei gleich langer Beobachtungszeit, wie sie BRUHNS vorlag, kaum herauskommen. Dabei berechnet er, daß nach den Statistiken der Tod ziemlich übereinstimmend etwa 20 Jahre nach der Ansteckung eintritt. Zu ähnlichen Zahlen kommt auch BLASCHKO. Auf diese Frage wollen wir, wenn die Beobachtungszeit erst einmal lange genug sein wird, neuerlich zurückkommen. Behalte ich aber damit recht, daß sich kein so ungünstiges Verhältnis herausstellen wird, dann glaube ich darin eine neuerliche Stütze für meine in früheren Mitteilungen geäußerte Ansicht zu erblicken, daß die bosnische Syphilis

Digitized by Google

mit anderen Augen zu betrachten und anders zu werten ist als die außerbosnische.

Auf SICHELSTIELS zweite bzw. dritte Frage glaube ich schon heute antworten zu können: recht wenige Syphilitiker gehen an den Folgekrankheiten zugrunde, die meisten bleiben davon verschont. Selbstverständlich — hierzulande.

Über das Zahlenverhältnis, in welchem die nervösen Nachkrankheiten der Lues unter unseren Kranken auftreten, sprachen wir schon an anderer Stelle. Von Paralyse kam mir noch kein einziger Fall unter, von Tabes erst ein sicherer und ein zweifelhafter, von Hirnlues konnte ich den einen oder anderen Fall feststellen. In einem aber handelte es sich sicher um eine geschlechtlich übertragene Syphilis, also wohl um keine bosnische. Und das, trotzdem in den letzten Jahren von mir auf das Vorkommen dieser Nachkrankheiten ein besonderes Augenmerk gerichtet wurde. Ich ließ mich auch bereits darüber aus, worin nach meiner Auffassung der Grund zu dieser Erscheinung gelegen sein dürfte, eine Erscheinung, durch welche sich die bosnische Syphilis sehr vorteilhaft von der außerbosnischen unterscheidet.

Zur Frage fünf und sechs, über die Nachkommenschaft der Syphilitiker und deren Schicksal, werde ich, wie ich hoffe, in einer späteren Mitteilung Stellung zu nehmen Gelegenheit haben.

Viele Forscher befassen sich mit dem Zusammenhange zwischen Tuberkulose und Syphilis, wobei sich ihre Untersuchungen in der Richtung bewegen, ob die Syphilis eine Überempfindlichkeit (Prädisposition) für die Tuberkulose schaffe. MATTHES, SUSSENGUT, PICK und BANDLER (s. SICHELSTIEL a. a. O.) kommen zum Schlusse, daß kein begünstigender (disponierender) Einfluß der Syphilis gegenüber einer Erkrankung an Tuberkulose anzunehmen sei.

Zu dieser Frage kann ich nun zwar nicht mit Zahlen aufwarten, da die Todesursachen meiner Syphilitiker nicht zu ermitteln sind. Wohl aber kann ich feststellen, daß mir unter den Syphilitikern keineswegs eine Überzahl von Tuberkuloseerkrankungen im Verhältnisse zur übrigen Bevölkerung aufgefallen ist. Ein solcher, die Tuberkulose begünstigender Einfluß der Lues dürfte demnach auch nach meinem Materiale abzulehnen sein. Freilich darf nicht unerwähnt gelassen werden, daß gerade unter der bosnischen Bevölkerung die Tuberkulose außerordentlich an Verbreitung gewinnt und namentlich seit dem Kriege gewonnen hat. Der Tuberkulose im Lande ebenso planmäßig und großzügig zu Leibe zu gehen und den Boden abzugraben wie der Syphilis, wird wohl die nächste Aufgabe unserer Sanitätsverwaltung sein; es mehren sich auch schon die Anzeichen, daß diese Frage eingehend studiert wird. Hoffentlich

Digitized by Google

wird ihre Verfolgung, wenngleich die Verhältnisse zur Lösung viel schwieriger liegen als bei der Syphilis, ebenso schöne und segensreiche Ergebnisse zeitigen wie die Syphilistilgung. Zu wünschen wäre jedenfalls, daß dabei ein besonderes Augenmerk der gegenseitigen Beeinflussung von Tuberkulose und Syphilis zugewendet werden möge. Dies wäre schon dadurch sehr begünstigt, weil das Material, soweit es auf die Syphilis Bezug hat, schon gesammelt und in den Syphilisstandesbüchern der verschiedenen Bezirke niedergelegt ist.

Selbstmorde, von denen die verschiedenen Fachmänner 2—4—5% unter ihren Syphilitikern annehmen, kommen bei uns überhaupt nicht vor, sind aber, wie betont sei, hierzulande an und für sich außerordentlich selten. Mein Stoff also läßt keineswegs eine Neigung der Luetiker zum Selbstmorde ermitteln.

Zusammenfassend möchte ich demnach sagen:

1. Das fernere Schicksal der Syphilitiker scheint sich nicht wesentlich von dem der anderen Bevölkerung zu unterscheiden.

2. Eine Übersterblichkeit der Syphilitiker gegen die übrige Bevölkerung ist nach der bisherigen Beobachtungszeit, die freilich noch nicht 20 Jahre umfaßt, nicht festzustellen, es scheinen mir aber keine Anhaltspunkte dafür vorhanden zu sein, daß sich eine solche bei längerer Beobachtungszeit wird ermitteln lassen.

3. Die im Gefolge der Lues auftretenden Nervenkrankheiten, die schrecklichste Gefahr der außerbosnischen Syphilis, das Schreckgespenst jedes Syphilitikers, spielen hierzulande überhaupt keine Rolle.

4. Die Salvarsanbehandlung hat eine entschiedene Besserung in den verschiedensten Hinsichten, namentlich in Beziehung auf die Raschheit der Heilung und Rückfallsfreiheit gebracht.

5. Eine planmäßige und großzügige Syphilistilgung, wie sie hier gehandhabt wird, kann wahrhaft sehr viel leisten, und wäre es dringend zu wünschen, daß man ihr auch andernorts dieselbe Aufmerksamkeit zuwendete, ohne sich durch kleinliche Bedenken stören zu lassen.

6. Eine wahrhaft verheerende Wirkung entfaltet die Syphilis auch hierzulande unter den kleinen und kleinsten Kindern. Diese verheerende Wirkung erstreckt sich nicht etwa auf das Gebiet der erblichen Syphilis, wie schon anderwärts von mir gezeigt wurde, sondern vielmehr auf das Gebiet der erworbenen. Die Sterblichkeit unter den luetischen Kindern ist beängstigend; und zwar stirbt die Mehrzahl der an Syphilis erkrankten Kinder innerhalb der ersten drei Jahre nach der Ansteckung; dies gilt sowohl von den mit als auch von den ohne Salvarsan behandelten Kindern. Bei den Kindern stehen wir also sicher vor einer wesentlichen Abkürzung der natürlichen Lebensdauer.

Digitized by Google

7. Durch die Einführung der Salvarsanbehandlung ist hier wohl auch das Eintreten einer Besserung in den Sterblichkeitsverhältnissen nicht zu verkennen, jedoch bleibt das damit erreichte Ergebnis noch immer hinter dem, was wünschenswert wäre, nicht unbedeutend zurück. Eine weitere Besserung der Erfolge ist hier entschieden anzustreben. Noch mehr als dies überhaupt allgemein von der Vorbeugung gilt, wäre es notwendig, die Gefährdung der kindlichen Altersklassen, überhaupt an Syphilis zu erkranken, tunlichst zu verringern. Dieses Ziel aber läßt sich nur durch eine gründliche, von Zimperlichkeiten freie Durchforschung und Behandlung der weiblichen islamitischen Bevölkerung erreichen, wie selbe hier gehandhabt wurde und auch tatsächlich in verhältnismäßig kurzer Zeit zum Ziele führte, da jetzt die Erkrankung solcher kleinster Kinder und von Kindern überhaupt bereits zu den Seltenheiten gehört. Danach gebührt das Verdienst für diese Erfolge in erster Linie dem Opfermute meiner Frau, die sich freiwillig und unentgeltlich in den Dienst der guten Sache stellte. Ich glaube daher, daß hier der Platz ist, um ihr, meiner treuen Mitarbeiterin, für ihre Mitwirkung an der Zusammentragung des Stoffes im allgemeinen und in der Durchforschung und Behandlung der islamitischen Frauen im besonderen zu danken.

8. Die bosnische Syphilis ist weniger heimtückisch als die außerbosnische und mit einem anderen Maßstabe zu messen.

Literatur.

1. Neumayer, Victor und Marianne, Drei Jahre amtlicher Syphilistilgung mit Salvarsan. Arch. f. Derm., Bd. 121, H. 5. — 2. Neumayer, Victor und Marianne, Weitere drei Jahre amtlicher Syphilistilgung mit Salvarsan. Derm. W., 1917, Bd. 64. — 3. Sichelstiel, Karl, Dauerbeobachtungen über das Schicksal von Syphiliskranken. Inaugural-Dissertation aus der Julius-Maximilians-Universität Würzburg, gedruckt bei Franz Staudenraus, Würzburg 1913. — 4. Neisser, Wiesb. Kongreß, Vierteljahrsschrift f. Derm. u. Syph., 1886, S. 642. — 5. Köbner, ebenda, S. 831. — 6. Stern, Über ungewöhnlich lange Latenz der Syphilis und über die Prognose der Erkrankung. D. m. W., 1914, Nr. 8 u. 9. — 7. Neumayer, Victor, Versuch einer „Richtung" bzw. einer Anreicherung der Salvarsanwirkung. M. m. W., 1912, Nr. 48, S. 2617 und P. Ehrlich, Abhandlungen über Salvarsan, 1913, Bd. 3, S. 31. — 8. Blaschko, A., Betrachtungen über die individuelle Prognostik bei Syphilis. Arch. f. Derm., Bd. 113. — 9. Blaschko, A., Der Einfluß der Syphilis auf die Lebensdauer. IV. intern. Kongreß f. Versicherungsmedizin zu Berlin, 11.—15. Sept. 1906.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Ein Zystourethroskop für Diagnose und Therapie, von Morales-Macedo-New York. (New York m. J., 23. Sept. 1916.) In der Absicht, all die Erfordernisse der modernen urethroskopischen Praxis in einem einzigen Instrument zu vereinigen, konstruierte M. ein für direkte Beleuchtung dienendes Zystourethroskop, das speziell zu operativen Zwecken bestimmt und so beschaffen ist, daß der Eingriff an der Blase sowohl unter Wasserfüllung als im Trockenen — je nach Erfordernis — vorgenommen werden kann. Das Instrument hat bei häufigem Gebrauch während der letzten Monate ein durchaus getreues, leicht vergrößertes Bild des Trigonums und Blasenhalses und der Harnröhre gegeben und war besonders brauchbar bei der Fulguration von Neubildungen, bei der intraurethralen Anwendung schneidender Instrumente und sonstigen lokalen Applikationen. Es besteht aus: 1. einem geraden, 7 Zoll langen Endoskop mit einem etwas trichterförmigen Teile und zwei Hähnen zur doppelten Irrigation (Spülung); 2. einem mit frei beweglicher Spitze versehenen Obturator; 3. einem Teleskop und Lichtträger, welcher in den trichterförmigen Teil des Endoskops hineinpaßt, und 4. einem Metallstöpsel, der dazu bestimmt ist, das proximale Schaftende hermetisch zu verschließen, während Teleskop und Lichtträger sich darin befinden; dieser Stöpsel ist für den Durchtritt eines elektrischen (Fulgurations-) Drahtes oder eines anderen geeigneten Instrumentes durchbrochen, kann entfernt werden, wenn ein trockener Eingriff geplant, und mit einer Gummikappe versehen wird, wenn nur Beobachtung unter strömendem Wasser erwünscht ist. Die Handhabung ist unter Beachtung der beigegebenen Zeichnungen leicht verständlich. M. Stern-München.

Zur Hypospadiebehandlung, von Wertz. (D. m. W., 1915, Nr. 36.) W. berichtet über zwei Fälle von Hypospadie, die nach der Methode von Streissler und Lexer (Transplantation des Processus vermiformis) mit Erfolg operiert wurden.

E. Brinitzer-Altona.

Die Technik der Zirkumzision. (New York m. J., 7. und 14. Oktober 1916.) Den Preis (von 25 Doll.) für diese von der Redaktion des New York m. J. gestellte Preisfrage, welche seit langem allmonatlich erfolgt, wurde Nelson-Cincinnati zuerkannt; außerdem werden aber noch eine ganze Anzahl über dieses Thema eingelaufene Bearbeitungen veröffentlicht. Nelson läßt die Technik der Operation vor allem vom Alter des Patienten abhängen, d. h. ob es sich um ein neugeborenes, ein älteres Kind oder einen Erwachsenen handelt. Während bei letzteren Lokalanästhesie die Regel ist, dürfte bei Kindern Narkose nicht zu umgehen sein (Stickoxydulgas, allein oder mit Äther verbunden). N. gibt der offenen Operation, dorsaler Inzision und Umnähung der Lappen den Vorzug. Je jünger das Kind, um so häufiger Verbandwechsel; bei älteren Kindern ist es rätlich, eine Mischung von Bromkalium und Kaliumnitrat zu verschreiben, um Unruhe nach der Operation und Erektionen zu verhüten; Patient darf schon 12—24 Stunden nach der Operation außer Bett sein. Die Fälle des heranwachsenden Alters und Erwachsener bieten die denkbar größte Möglichkeit der Abwechslung in bezug auf Technik und Anästhesie; zu letzterer ist 0,5% Novokain vorzuziehen. Allgemeinnarkose ist selten erforderlich, doch, wenn es der Fall ist, ist Stickoxydulgas, allein oder mit etwas Äther, das beste Narkotikum. Bei Erwachsenen sind Seidennähte vorzuziehen und müssen 5—8 Tage nach der Operation entfernt werden, der

Digitized by Google

Verband wird entweder mit Borsalbe oder Borglyzerin gemacht; Erektionen sind womöglich zu verhüten (durch innerliche Darreichung von Brommischung oder Kampfermonobromat). Die Patienten können gewöhnlich 24 Stunden nach der Operation ihre Tätigkeit wieder aufnehmen. Von den weiteren Bearbeitern des Themas erwähnt Oswald Joerg-Brooklyn New York, daß er nur Lokalanästhesie mittels Novokain-Adrenalinlösung anwende, und zwar macht er nicht an den Stellen, wo die Inzisionen zu machen sind, sondern rings um dieselben in die Haut und Schleimhaut die Injektionen, welche eine leichte Schwellung hervorrufen, ohne aber die Operation zu stören. David Lazarus-New York erklärt, vom hygienischen und sanitären Standpunkte aus müsse bei jedem Neugeborenen die Zirkumzision gemacht werden, und die beste Methode sei, die Vorhaut mit einem Schnitt zu durchtrennen. Bei Kindern, die unter 2 Jahre alt seien, bedürfe es dazu keiner Narkose, bei älteren sei dieselbe erforderlich, ebenso das Anlegen einiger weniger Katgutnähte, um Haut und Schleimhaut in gute Verbindung zu bringen. Melville A. Hays-New York verwendet zur Lokalanästhesie 2—4% Kokainlösung, bei jüngeren Kindern Narkose mit Chloroform oder Äther. Willis H. Hall-Carina, Cal. empfiehlt, vor der Operation ein elastisches Gummiband um das Glied nahe der Wurzel zu binden, aber nur so fest, daß die venöse Zirkulation behindert ist. Als Verband bewährte sich am besten mit reinem Olivenöl durchtränkte, sterile Gaze, die erst nach 5 Tagen, wenn die Wundvereinigung stattgefunden habe, zu wechseln ist; in den meisten Fällen genügt ein zweiter solcher Verband. Auch Julius Gordon-New York empfiehlt die Anlegung eines Gummischlauches vor der Operation. A. B. Pemsler-New York erwähnt, Verwachsungen müßten, wenn vorhanden, vor der eigentlichen Operation erst gelöst werden, um ein gutes Resultat zu erzielen. Im übrigen bringen die Ausführungen der vorhergehenden, wie aller anderen nicht genannter Bearbeiter keine besonderen neuen Gesichtspunkte, sondern im wesentlichen nur sehr schätzenswerte Zusammenfassung des Themas. M. Stern-München.

Die spontane, infektiöse Gangrän des Penis und Skrotums bei Kriegsteilnehmern, von Hermann Küttner. (B. kl. W., 1916, Nr. 33.) Verfasser beschreibt zwei Fälle von Fournierscher Genitalgangrän an Soldaten, in denen sich nach hochgradiger Anschwellung von Penis und Skrotum Abstoßungen eines Teiles der Haut des Penis, in dem einen Fall auch der Vorderseite des Skrotums entwickelten. Beide Fälle verliefen, im Gegensatz zu dem nicht seltenen letalen Verlauf dieser Affektion, trotz der anfänglichen Schwere des septischen Krankheitsbildes günstig. Verfasser faßt diese Prozesse als lokal entzündliche auf, z. T. als gangränöses Erysipel oder als Mischinfektionen, in denen anaërobe Bakterien eine Rolle spielen. E. Klemm-Leipzig.

Über spontane infektiöse Gangrän des Penis und Skrotums bei Kriegsteilnehmern, von J. Kyrle. (B. kl. W., 1917, Nr. 2.) Verfasser hat während des Krieges in relativ kurzer Zeit hintereinander drei derartige Prozesse beobachtet. Als charakteristisch bezeichnet er: Beginn der Affektion ohne irgendwie nachweisbare vorhergegangene allgemeine oder lokale Erkrankung. Einsetzen des schweren, uns ursächlich unbekannten Prozesses aus voller Gesundheit. Zum Teil handelte es sich um kolossale Hautdefekte, die ganze Zirkumferenz der Penishaut und die Vorderseite des Skrotums einnehmend. Obwohl anzunehmen ist, daß ein infektiöses Agens vorliegt, hat Verfasser über die Ätiologie, speziell in bakteriologischer Richtung, bei seinen Fällen nichts feststellen können. E. Klemm-Leipzig.

Penisplastik bei einem Kriegsverletzten, von J. F. S. Esser. (W. m. W., 1917, Nr. 9.) Die Behandlung bestand in der Loslösung des narbig verwachsenen Penis und in einer Deckung seiner Defekte durch einen aus dem Skrotum geschnittenen großen gestielten Lappen. H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Die Krankheiten der Harnröhre des Mannes, von FRANK S. KIDD. (Brit. m. J., 1917, 6. Jan. und 13. Jan.) Übersichtsartikel. Nichts Neues. K. BOAS-Kopenhagen.

Bemerkungen über die Klappen der Fossa navicularis in der Harnröhre des Mannes, von N. LOEWENTHAL-Lausanne. (Rev. méd. Suisse rom., 20. Mai 1916.) Anatomische Bemerkungen über die Klappen in der Fossa navicularis, deren man gewöhnlich drei zählen kann, während sich die klinischen Lehrbücher nur mit einer, der GUERINschen, beschäftigten. Beim Erwachsenen findet sich die erste und zweite Klappe fast stets, die dritte seltener. Beim Kinde ist die zweite am häufigsten zu konstatieren, die erste seltener, die dritte sehr selten. R. Frühwald-Leipzig.

Schußverletzungen der Harnröhre, von KARL RITTER v. HOFMANN. (W. kl. W., 1916. Nr. 1.) Bericht über 7 Fälle. Im ersten handelte es sich um eine traumatische Striktur, die durch Sectio alta und retrograden Katheterismus behandelt wurde. Beim zweiten kam es an der Ausschußstelle zu einer Abszeßbildung, deren Heilung sich sehr verzögerte. Eine Strikturierung der hinteren Harnröhre wurde mit Sectio perinealis und hieran anschließendem Katheterismus behandelt. Im dritten führte die Verletzung zu einer Kot- und Urinfistel. Die Schließung der ersteren gelang bald nach der Verletzung, die Blasendarmfistel wurde erst später geheilt. Dem vierten Patienten hatte das Projektil sowohl das Rektum als auch die Urethra prostatica durchtrennt, so daß diese beiden Kanäle durch eine breite Öffnung miteinander kommunizierten. Gleichzeitig war der Schambeinast arg zersplittert und hatte zur Bildung eines Jaucheherdes geführt. Nach Beseitigung der Harnverhaltung schloß sich die Ausschußöffnung, während die nach Inzision des Jaucheherdes restierende Urinkotfistel längere Zeit hierzu brauchte. Der Schluß der Rektovesikalfistel gestaltete sich sehr schwierig. Der fünfte wies neben der Harnröhrenwunde auch eine Kotfistel auf. Eine Anzahl größerer und kleinerer Operationen mußte zur Beseitigung derselben vorgenommen werden. Als Komplikation hatte sich ein Blasenstein entwickelt, welcher durch Sectio alta entfernt wurde. Der sechste Fall war eine schwere Granatverletzung, welche sehr bald zum Exitus führte. Im letzten Falle wurde zunächst die Harnverhaltung durch Sectio alta und retrograden Katheterismus beseitigt, die am Beckeneingang abgeschossene Urethra genäht und eine suprapubische Blasenfistel angelegt. Hierauf folgen Bemerkungen über die traumatischen Harnröhrenstrikturen, über den Mechanismus der Schußverletzungen, über Komplikationen, Prognose und Therapie, zum Schluß noch einige Worte über die Befestigung der Verweilkatheter. H. Vörner-Leipzig.

Verschiedenes.

Dr. IGNAZ KAUP, a. o. Professor für Hygiene in München, bekannt durch seine Forschungen über die Wassermann-Reaktion, wurde zum Sektionsrate im österreichischen Ministerium des Innern ernannt.

Kais. Rat Dr. H. KÖRBL, Kurarzt in Bad Hall, Ober-Österreich, ist gestorben.

Oberarzt Dr. ANTON GAPPISCH, 1. Assistent der dermatologischen Klinik in Leipzig, ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. TAENZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

16. Februar 1918 | Nr. 7 | Band 66

Über Acne cachecticorum im gegenwärtigen Kriege.

Erwiderung auf Prof. Dr. L. Merks gleichbetitelten Artikel[1]).

Von

Dr. Franz v. Veress,

Priv.-Doz., Stabsarzt i. F., Kommandant eines Feldspitales.

(Mit 1 Abbildung.)

In seiner Arbeit über „Acne cachecticorum im gegenwärtigen Kriege" behauptet Merk, daß die unter dem Namen Exanthema folliculare acneiforme[2]) von mir beschriebene Krankheit identisch sei mit dem von Hebra im Jahre 1860 bzw. 1869 unter dem Namen Acne cachecticorum beschriebenen Begriffe. Merk hat während des Krieges ebenfalls ähnliche Erkrankungen gesehen, ohne jedoch für dieselben einen neuen Namen gesucht zu haben. Er macht mir den Vorwurf, die Akneliteratur nicht genügend in Betracht gezogen zu haben, nachdem ich die Erkrankung diagnostisch nur von Ekzem, Lichen pilaris, Lichen scrophulosorum und Lichen ruber acuminatus differenziert habe.

Es freut mich, daß die interessanten Erörterungen Merks mir Gelegenheit bieten, auf seine Einwendungen einige die beschriebene Hauterkrankung betreffende Bemerkungen zu machen.

Was die Benennung Exanthema folliculare acneiforme anbelangt, so darf dieselbe nicht etwa als ein neuer Terminus technicus betrachtet werden, sondern als die getreue anatomische Benennung der beschriebenen Veränderungen, also eine zwecks Vermeidung von Irrtümern gewählte griechisch-römische Definition eines klinischen Begriffes, deren Lage in der Dermatologie vorderhand nicht sichergestellt ist.

Meine Arbeit wurde bedeutend erschwert eben durch den von Merk ausgesetzten Umstand, daß mir keine Literatur zur Verfügung stand — infolge meines seit Kriegsbeginn ununterbrochenen Felddienstes. Ein weiteres Hindernis in der wissenschaftlichen Beurteilung meiner Fälle war die geplante, aber mit Rücksicht auf meine Verhältnisse bisher undurchführbare histologische Untersuchung der Einzeleffloreszenzen. Diese

[1]) Diese Zeitschrift Nr. 48. Der Abzug des Merkschen Artikels ist zuerst nach Kolozsvár, dann mit großer Verspätung ins Feld zu mir geschickt worden.

[2]) Diese Zeitschrift Nr. 48.

Digitized by Google

mit dem Kriege zusammenhängenden Mängel können im Frieden oder gelegentlich einer eventuellen Rücktransferierung nachgeholt werden. Ungeachtet dieser Umstände hielt ich die Veröffentlichung für dringend notwendig, nachdem die Krankheitsfälle ein sehr frappantes, ungewöhnliches Bild darstellten und ihre nicht geringe Zahl vermuten ließ, daß sie auch von anderen Fachkollegen beobachtet worden sein dürften. Zugleich rechnete ich darauf, daß mein Artikel Äußerungen verschiedener Fachleute auslösen wird. Eine Sonderansicht ist in der Arbeit Merks ausgesprochen worden — betrachten wir seinen Standpunkt.

Wie bereits erwähnt, behauptet er, daß meine Fälle mit der Acne cachecticorum Hebras identisch seien. Dieser seiner Ansicht kann ich mich vorläufig weder anschließen noch kann ich dieselbe zurückweisen. Wir müßten nämlich vorerst mit Bestimmtheit wissen, was wir unter Acne cachecticorum verstehen wollen: bezüglich der Hingehörigkeit dieses Krankheitsbegriffes sind die Ansichten noch recht verschieden. Wie es aus Merks Zusammenstellung ersichtlich ist, wurde unter dem Einflusse von Neisser, Jadassohn, Ehrmann, Kreibich und anderen die Acne cachecticorum einfach unter die Tuberkulide eingereiht. Eben dieser Umstand gibt mir Anlaß zu Bedenken, wenn ich meine Fälle mit der Acne cachecticorum und gleichzeitig mit den Tuberkuliden identifizieren sollte. Nehmen wir zuerst an, daß die Acne cachecticorum zu den Tuberkuliden gehört und betrachten wir die Umstände, welche das Verhältnis der Exanthema folliculare acneiforme zu den Tuberkuliden bestimmen. Für die Zugehörigkeit sprechen folgende Umstände:

1. Das Exanthema folliculare acneiforme verursacht tatsächlich Acneeruptionen am Stamme und an den Extremitäten — wie es in der Beschreibung Hebras steht, welche auf Lokalbehandlung nicht oder nur sehr schwach reagieren.

2. Die Krankheit habe ich meistens an blutarmen Jünglingen beobachtet, welche zum Teil längere Zeit im Schützengraben gelegen sind.

3. Die Effloreszenzen heilen mit scharfrandigen, etwas vertieften, pigmentierten Narben, so wie z. B. die Acne necrotica und die Tuberkulide.

Gegen einen Zusammenhang meiner Fälle mit den Tuberkuliden sprechen folgende Umstände:

1. Kein einziger meiner Kranken war kachektisch, sondern höchstens anämisch.

2. Die Veränderungen beschränken sich auf die Follikel.

3. Aus einem Teil der Effloreszenzen können Komedonen oder fetter, detritusartiger Inhalt ausgepreßt werden.

4. In keinem Falle ist es zu einer Exulzeration, zur Bildung kraterförmiger Substanzverluste gekommen.

Digitized by Google

5. Außer gelegentlicher, kaum nachweisbarer, abgelaufener Apizitis war kein Symptom irgend einer Tuberkulose vorhanden. Ich betone ausdrücklich, daß ich nicht einmal lymphatischen Habitus konstatieren konnte, geschweige denn eine Tuberkulose der Drüsen, Knochen oder der Haut.

Woher und auf welche Weise hätte also eine so bedeutende Dissemination von Tuberkelbazillen bei einer Reihe scheinbar tuberkulosefreien Individuen stattfinden können? Wenn wir das Vorhandensein eines versteckten Herdes annehmen, ist es noch immer nicht recht glaublich, daß eine derartig ausgebreitete multiple hämatogene Infektion ohne die geringste Störung des Allgemeinbefindens stattfinden kann. Markus Sch. (siehe Fig. 5) hat viele Tausende Follikulitiden gehabt, ohne jemals gefiebert zu haben und ohne jedwede subjektive Beschwerden.

Eine weitere Frage: Warum sollten die Infektionskeime bei einer so gewaltigen Dispersion einzig und allein nur an den Follikeln haften, ohne irgend eine andere Stelle der Haut zu infizieren? Sind denn die Tuberkulide und die zu ihnen gerechnete Acne cachecticorum keine bazillären Erkrankungen? Die positiven Impfversuche und Befunde bei Tuberkuliden haben diese zu den wirklichen Hauttuberkulosen gereiht. Sollen wir vielleicht wieder zur höchstproblematischen Tuberculo-Toxin-Theorie zurückgreifen, um solche Fälle zu erklären?

Wie es aus dieser Zusammenstellung hervorgeht, scheint die Frage nicht so einfach zu sein wie sie Merk bezeichnet. Die meisten Umstände scheinen nämlich gegen den Zusammenhang des Exanthema folliculare acneiforme mit den Tuberkuliden zu sprechen.

Lassen wir jetzt die Frage dahingestellt, ob die Acne cachecticorum zu den Tuberkuliden gehört oder nicht, und untersuchen wir, ob meine Fälle mit Hebras Originalbeschreibung der Acne cachecticorum übereinstimmen. Im großen und ganzen stimmen sie überein, nachdem das Exanthem am Stamm und an den Extremitäten lokalisiert ist; es besteht aber der Unterschied, daß in meinen Fällen keine Kachexie vorhanden war, andererseits aber in der Mitte der meisten Akneknötchen Eiter, Komedo oder ein talgartiger Inhalt nachgewiesen werden konnte.

Merk erwähnt in seiner Arbeit, daß die Acne cachecticorum im Frieden immer seltener und seltener geworden ist, nachdem die Zahl der Kachektischen abgenommen hat. Die unerwartet lange Fortdauer des Krieges mit seinen vielen Schädigungen habe das so selten gewordene Krankheitsbild wieder öfters zum Vorschein gebracht. Diesbezüglich habe ich über folgende Beobachtungen zu berichten:

Zu Beginn des Krieges ließen die sanitären Verhältnisse sowohl in

[1]) S. zitiert bei Merk.

Digitized by Google

unseren, als auch bei den feindlichen Armeen sehr viel zu wünschen übrig. Heute haben wir auf diesem Gebiete fast unglaubliche Fortschritte gemacht. Hätte ich im Winterfeldzuge 1914/1915 in den Karpathen an schmutzigen, herabgekommenen, ausgehungerten, von Ungeziefer bedeckten russischen Gefangenen, oder bei unseren erschöpften, größtenteils verlausten eigenen Verwundeten und Kranken auf der zerkratzten pyodermitischen Haut Acne cachecticorum gefunden, so hätte ich es für ganz natürlich gehalten. Ich glaube aber sie nicht gesehen zu haben. Nachdem aber der größte Teil meiner Fälle im Laufe von 1916 zur Beobachtung kam, und zwar an unseren nicht verlausten, nicht herabgekommenen, mehr oder weniger gut gebauten und genährten Soldaten, von welchen kein einziger Spuren einer Kachexie aufwies, so ist es fraglich, ob man meine Fälle mit der Acne cachecticorum Hebras indentifizieren darf.

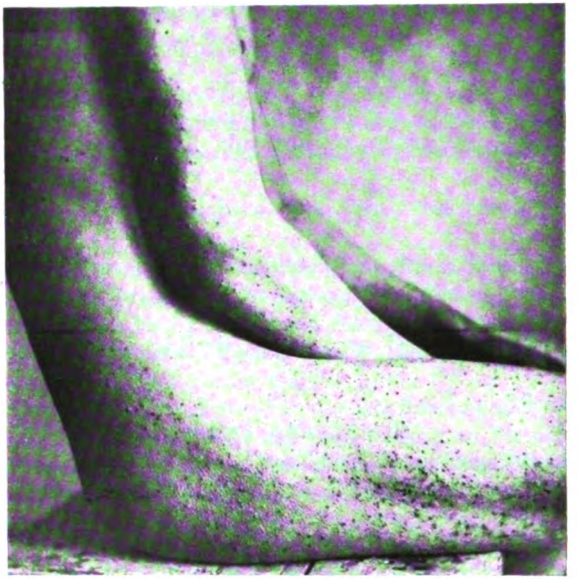
Entweder müßten wir aus dem Hebraschen Krankheitsbegriffe, entgegen der Beschreibung des Autors, die Kachexie als Conditio sine qua non fallen lassen (wie das schon gewissermaßen von Kaposi getan wurde, als er an Stelle der Kachexie nur Gemütsdepression fand[1]), um Acne cachecticorum bei gutentwickelten, regelmäßig ernährten und gepflegten Personen diagnostizieren zu können. Oder aber halten wir die ursprüngliche Beschreibung Hebras aufrecht und sind in diesem Falle die E. follic.-Fälle mit der Acne cachecticorum nicht identisch. Kompliziert wird die Sache noch dadurch, daß unter meinen Fällen zwei Typen zu unterscheiden sind: eine seltenere, akute Form, bestehend aus vielen, ja zahllosen Follikulitiden, und eine zweite häufigere Form, deren chronische Effloreszenzen sich nie in Pusteln umwandeln. Man kann klinisch an den letzgenannten Knötchen nebst einer geringen chronischen Entzündung des Follikels eine starke Hypertrophie oder Hyperplasie der Talgdrüsen vermuten. Diese Knötchen könnten auch so charakterisiert werden, daß sie makroskopisch etwas von der Keratosis follicularis, von Acne vulgaris und von Follikulitis haben, von diesen aber durch das typische Exanthem leicht zu unterscheiden sind. Eine beschränkte Anzahl solcher Knötchen fällt gar nicht auf und kann als solche nicht diagnostiziert werden, im Gegensatz z. B. zu den Tuberkuliden, welche auch aus 1—2 Effloreszenzen zu erkennen sind.

Ich habe gegenwärtig einen Kranken mit dem beschriebenen follikulären Exanthem in Behandlung. (Siehe Abbildung, welche sowohl die Einzeleffloreszenzen, als auch den ganzen Ausschlag in äußerst charakteristischer Weise zeigt.) Er ist ein 19jähriger Honvéd von rumänischer Sprache. Er bemerkte vor zehn Wochen einen Ausschlag an seinen Gliedmaßen und wurde am 11. X. 1917 aufgenommen. Subfebrile Temperatur.

[1]) Zitiert von Merk.

Digitized by Google

Nicht besonders gut gebauter, schwach ernährter, blasser Jüngling, der drei Monate lang bei einer Ausbildungsgruppe gedient hat und bloß die letzten vier Wochen im Schützengraben verbracht hat. An seinen Extremitäten, ferner am Rücken und an den beiden Seiten eine Anzahl der oben beschriebenen Akneknötchen auf vollkommen normaler Haut. Linksseitiger Lungenspitzenkatarrh — mäßige Dämpfung, verlängertes rauhes Exspirium — konstatierbar. Temperatur 37,2, welche auf Bettruhe nächsten Tag normal wird und auch weiterhin ständig unter 36,7 bleibt. Am vierten Tage des afebrilen Zustandes 0,5 mg Tuberkulin C. L. (Paulenc Frères) subkutan. Nächsten Tag nachmittags 37,6, abends normal. An den Hautveränderungen entstand keine Herdreaktion. Aus der rechten Ellenbogengegend Exzision eines größeren Stückes zwecks histologischer Untersuchung.



Unter sämtlichen Fällen, die ich bis jetzt zu beobachten Gelegenheit hatte (es dürften 30—40 gewesen sein), ist dieser der einzige, wo positive Zeichen einer Tuberkulose vorhanden waren. Ob die Hauterscheinung in kausalem Verhältnisse zur Lungenspitzenaffektion steht, kann ich vorläufig nicht entscheiden.

Ich habe selber längere Zeit hindurch an einen Zusammenhang der von mir beschriebenen Hautveränderung mit den Tuberkuliden gedacht. Verlockend ist die etwas eingezogene, scharfrandige und bedeutend pigmentierte Narbe, welche nach der Abheilung einer jeden Effloreszenz zurückbleibt, ferner die Anämie der Patienten. Später haben mich aber die jetzt angeführten Momente von dieser Meinung abgelenkt und ich erwähnte in der Publikation nichts von dieser Vermutung, welche ich nicht hätte stichhaltig motivieren können. Vielleicht hat Merk recht und

Digitized by Google

ist das besprochene Exanthem nichts anderes als HEBRAS Acne cachecticorum. Ich kann diese Ansicht aus den oben angeführten Gründen vorderhand nicht ohne weiteres teilen und nahm auch bei der Publizierung der Fälle keinen fixen Standpunkt ein; dementsprechend gab ich der Erkrankung die anatomische Benennung, welche in keiner Richtung präjudiziert und die Frage offen läßt, solange die histologische Untersuchung, ferner das Studium weiterer Fälle, schließlich eventuelle Äußerungen verschiedener Fachleute uns positive Anhaltspunkte in der Beurteilung dieser Krankheitsform bieten werden.

Nachwort von Prof. L. MERK in Innsbruck.

Zu obigen recht einleuchtenden Auseinandersetzungen, die mir liebenswürdigerweise von der Schriftleitung im Bürstenabzuge zugekommen sind, möchte ich erinnern, daß die Frage der Acne cachecticorum (HEBRA) auch noch gegenüber den Pyämiden (W. m. W., 1909, Nr. 38) klarzustellen wäre.

Aus dem k. u. k. Reservespital Nyitra Molnos, Ungarn
(Kommandant Ober-Stabsarzt Dr. LADISLAUS BÁRDIÓ).

Über einen Fall von Gingivitis gonorrhoica.

Von

Dr. ALFRED PERUTZ,

Assistent der dermatologischen Abteilung des k. k. allg. Krankenhauses in Wien, dz. Chefarzt der Zentralstation für venerische Kranke des Militärkommandobereiches Pozsony.

Die gonorrhoischen Erkrankungen der Mundhöhle gehören wohl zu den seltensten extragenitalen Lokalisationen der Blennorrhoe. Spärlich sind die diesbezüglich in der Literatur verzeichneten Fälle, spärlich dürften auch die nicht zur Veröffentlichung gelangten Beobachtungen sein, so spärlich, daß einerseits MUCHA bei der kritischen Durchsichtung des Literatur- und des eigenen selbst beobachteten Materials der FINGERschen Klinik in Wien seine Ansicht dahin auszusprechen glaubt, daß ein sicherer Beweis für das Vorkommen gonorrhoischer Erkrankungen der Mundhöhle noch aussteht, jedoch die Möglichkeit des Vorhandenseins dieser Krankheit zugibt, daß es mir andererseits an dem so reichen venerischen Material, dessen Behandlung mir gegenwärtig obliegt, erst einmal gelang, einen diesbezüglichen einschlägigen Fall zu beobachten. Es sei mir gestattet, in kurzen Zügen die Krankengeschichte dieses Patienten zu skizzieren.

F. S. 27jähriger Infanterist. War bisher nicht venerisch krank. Vier Tage nach erfolgtem Koitus erkrankte Patient unter den üblichen Erscheinungen einer Harnröhren-

Digitized by Google

gonorrhoe, die mit starker Eiterung einherging und nach weiteren neun Tagen zu einer Erkrankung des rechten Nebenhodens führte. Er meldete sich bei der Marodenvisite seines Regimentes und wurde zwecks Behandlung seines Leidens dem hiesigen Spitale zugewiesen.

Schon am Tage der Spitalaufnahme hatte Patient ein eigentümliches Gefühl im Munde, vermehrten Speichelfluß, schlechten Geschmack, gelegentlich auch Schmerzen beim Essen. Er hatte das Gefühl „als ob seine Zähne länger geworden wären".

Patient legte aber diesen Erscheinungen keine Bedeutung bei und machte bei der ersten Untersuchung auch darüber keine Mitteilung. Therapeutisch wurde ihm die hier übliche antigonorrhoische Behandlung und wegen seiner Epididymitis Gonokokkenvakzine vorgeschrieben. Er erhielt am 4. X. 1917 eine intramuskuläre Injektion von 5 Millionen Keimen des im k. k. serotherapeutischen Institute in Wien hergestellten polyvalenten Vakzins. Am nächsten Tage Morgentemperatur 37,8, starke Schmerzen des Hodens, Schmerzen im Munde und vermehrte Salivation.

Status praesens: Kräftiger gut genährter und gut gebauter Mann.

Herz und Lunge ohne Besonderheiten. Art. radialis weich.

Das Orificium urethrae gerötet und leicht geschwollen, eitriger Ausfluß aus der Harnröhre. Der rechte Nebenhoden stark vergrößert, entzündet, druckschmerzhaft, Urin in beiden Portionen trüb.

Im Sekret mikroskopisch zahlreiche intra- und extrazelluläre Gonokokken, reichlichst Eiterkörperchen.

Es wurden dem Patienten wegen seiner Epididymitis 5 Millionen Keime der Gonokokkenvakzine intramuskulär gegeben, auf die er, wie oben erwähnt — allgemein mit einer Temperatursteigerung bis 37,8, lokal mit Schmerzen des erkrankten Nebenhodens und des Zahnfleisches reagierte. Wegen letzterer Beschwerden wurde mir Patient neuerdings vorgestellt und bot folgendes Bild:

Es besteht eine Rötung und Schwellung des Zahnfleisches, speziell der Gingiva des Unterkiefers. Dasselbe ist aufgelockert und zeigt Neigung zu Blutungen. Die Rötung ist am Zahnfleischrande am lebhaftesten, zwischen den einzelnen Zähnen ist die Gingiva stark geschwollen, wulstartig vergrößert, teils leicht exulzeriert, teils bläulichweiß belegt. Die Geschwürchen sind flach und unregelmäßig begrenzt, die Salivation ist vermehrt. Bei Druck auf das Zahnfleisch entleert sich ein gelblichgrüner, nicht riechender Eiter. Die Lymphdrüsen unterhalb der Mandibula sind leicht geschwollen und schmerzhaft.

Aus äußeren Gründen konnten wir keine kulturelle Untersuchung des Sekretes vornehmen, und so mußten wir uns mit dem mikroskopischen bakteriologischen Befund begnügen. Es wurden mehrere Ausstrichpräparate vom Eiter gemacht und mit Methylenblau, nach UNNA-PAPPENHEIM und nach GRAM, gefärbt. Im Ausstrichpräparate wurden reichlich Diplokokken gefunden, deren morphologische Eigenschaften denen des Gonokokkus entsprachen: sie waren zum großen Teil intraleukozytär, teilweise extrazellulär angeordnet, bildeten Tetraden, entfärbten sich nach GRAM usw. Als Testobjekt diente hierbei das aus der Urethra gewonnene Präparat.

Es wurden dem Patienten Spülungen des Mundes mit Wasserstoffsuperoxyd und Tuschieren des erkrankten Zahnfleisches mit einer 5%igen Cholevallösung 10—12 mal täglich verordnet. Am nächsten Tage waren die Beschwerden schon geringer, die Entzündungserscheinungen waren vermindert, die Eiterung war schon dünnflüssiger. Am 4. Tage war der Entzündungsprozeß schon ganz abgeklungen, die Geschwürchen abgeheilt, die Eiterung ganz geschwunden. Auch die subjektiven Beschwerden waren nicht mehr vorhanden. Fünf Tage nach der 1. Vakzineinjektion wurden dem Patienten 10 Millionen Gonokokkenkeime gegeben. Am nächsten Tage Temperatursteigerung bis 37,4, lokale

Digitized by Google

Reaktion am Hoden, ganz leichte Beschwerden des Zahnfleisches. Patient beklagte sich über eigentümliches Gefühl der Hitze im Munde, objektiv war aber nichts nachzuweisen. Die 3. Vakzineinjektion verlief puncto Gingiva reaktionslos.

Epikrise. Wir konnten bei einem an Gonorrhoe der Harnröhre und des Nebenhodens erkrankten Manne eine Affektion des Zahnfleisches beobachten, die mit Rötung, Schwellung, Eiterung und Geschwürbildung einherging und in deren Sekret Diplokokken gefunden wurden, deren morphologischer und tinktorieller Charakter dem Gonokokkus entsprach, und die in ihrer Größe, Form und Aussehen denjenigen Diplokokken gleich waren, die im Harnröhrensekret gefunden wurden. Wie wohl eine Kultur aus dem Eiter nicht angelegt wurde, kann wegen der Morphologie dieser Diplokokken und wegen des klinischen Bildes der durch sie erzeugten Harnröhrenerkrankung mit Sicherheit auf Gonorrhoe geschlossen werden, und die Affektion der Harnröhre und des Nebenhodens als Urethralgonorrhoe, diejenige des Zahnfleisches als Gingivitis gonorrhoica bezeichnet werden.

Klinisch ist diese Erkrankung durch ihre kurze Dauer charakterisiert, weiter dadurch, daß sie keine starken destruktiven Veränderungen hervorruft, daß sie zu einer restitutio ad integrum führt, ferner daß sie spezifisch lokal auf Gonokokkenvakzine reagierte und durch Silberpräparate (Choleval) zum Abheilen gebracht wurde. Letztere zwei Punkte können bei suspekten Fällen zur Klärung dieser Erkrankung führen: Eine Diagnose ex juvantibus und eine Diagnose mittels eines spezifischen Vakzins.

Mucha legt zwar sein Hauptgewicht für die Diagnosestellung einer gonorrhoischen Erkrankung der Mundhöhle neben den Eigenschaften des Strichpräparates auf das biologische Verhalten des Gonokokkus auf Serumagar. Doch haben wir in unserem Falle ein neues Moment finden können, das uns berechtigt, die beschriebene Affektion des Zahnfleisches als gonorrhoisch zu bezeichnen: das Verhalten gegenüber einer spezifischen Vakzineimpfung. Sowohl der gonorrhoisch erkrankte Nebenhoden als auch die erkrankte Gingiva reagierten auf das eingeführte Gonokokkenvakzin mit einer Steigerung der Krankheitserscheinungen. Soweit mir die einschlägige Literatur zur Verfügung stand, konnte ich keinen diesbezüglichen Fall erwähnt finden.

Das klinische Bild, das uns der Patient bot, stimmt im großen und ganzen mit dem der übrigen Autoren überein; nur waren hier die Erscheinungen nicht so stürmisch und schwer wie sie zum Beispiel Jesionek bei seinem Falle beschreibt. Sie ähneln vielmehr den Fällen die Rosinsky, Leyden und Ahlfeld bei Säuglingen und Kindern beschrieben. Beim Patienten von Jürgens dürfte, wenn auch die Erkrankung durch Gonokokken bedingt war, die Schwere der Krankheit doch durch

Digitized by Google

eine Mischinfektion mit Spirochäten und fusiformen Bazillen, die im Strichpräparat zahlreich vorhanden waren, bedingt sein.

Wenn wir nun zum Schlusse die Frage aufwerfen, wie so es zu einer gonorrhoischen Erkrankung der Mundhöhle kommt, so können wir als Infektionsmodus eine primäre Infektion annehmen, und zwar eine durch Coitus per os, Cunnilinguus usw. oder eine durch Autoinfektion entstandene Übertragung, während uns für die Annahme einer sekundären metastatischen Erkrankung jeder Anhaltspunkt fehlt.

Zusammenfassend können wir sagen, daß wir bei einem an Harnröhrengonorrhoe leidenden Patienten eine Erkrankung des Zahnfleisches finden konnten, die wegen ihres klinischen Bildes, wegen ihres Verlaufes, wegen ihres mikroskopischen Befundes und wegen ihres Verhaltens gegenüber der Gonokokkenvakzine als Gingivitis gonorrhoica bezeichnet werden kann.

Literatur:

Mucha: Die Gonorrhoe der Mundhöhle, in: Handbuch der Geschlechtskrankheiten, 1912, Band II.

Aus der Praxis.

Kalihypermangan-Behandlung der Bartflechte.

Von

Oberarzt d. R. Dr. Richter.

Gleichwie zur chirurgischen Behandlung möchte ich auch das Interesse der Dermatologen für Kalihypermangan-Behandlung hervorrufen. Das Kalihypermangan ist aus zwei wichtigen Gründen zur Behandlung äußerst berufen: 1. kann man es mit Alkalien zusammen verwerten, 2. aber auch läßt es dünnste Konzentrationsgrade von 1 : 4000 bis hinauf zu 8%iger Lösung zu.

Im Felde und bei einem Ersatzbataillon habe ich die jetzt grassierende Bartflechte damit behandelt. Sämtliche Trichophytien, Herpes tonsurans als auch Trichophytia profunda reagieren gut auf Einpinselung mit 5%iger Kali hyp.-Lösung. Die oberflächlichen Trichophytien weichen schon, wenn man sie an 3—5 aufeinanderfolgenden Tagen mit 5%iger Lösung bepinselt, worauf man die Lösung eintrocknen läßt.

Ekzematöse Formen, welche am Kinn, den Augenwimpern und am Kopf mit nässender Borkenbildung kombiniert sind, eignen sich für einen 1%igen Kali hyp.-Anstrich mit nachfolgendem feuchten Umschlag von 1 : 500.

Zur Behandlung diene folgendes Rezept für die 5%ige Lösung, entweder reine 5%ige Lösung oder

Rp. Kali hyp. 5,0
Acid. boric. 3.0
Aqu. dest. 100,0.

	Für die 1%ige Lösung		Für die Lösung 1 : 500
Rp.	Kali hyp.	1,0	1,0
	Acid. boric.	1,0	2,5
	Na. bicarb.	1,0	5,0
	Na. chlorat.	0,2	0.2
	Aqu. dest.	100,0.	500,0.

Digitized by Google

Die Trichophytia profunda bzw. Sykosis parasitaria ist ebenfalls gut beherrschbar, indem man sie mehrere Tage hintereinander mit 5%iger Lösung bepinselt, nachdem man eitrige Pusteln und infiltrierte Gänge ausgedrückt hat; später geht man zu Anpinselungen mit 1%iger Lösung über und macht dabei noch Umschläge mit 1:500 Lösung als feuchten Verband. Schon nach etwa 1—2 Wochen sieht man das erfreuliche Zurückkehren normaler Verhältnisse an den schwer affizierten Hautstellen und das Zusammensinken der Infiltration bis zur normalen Haut; auch zur Behandlung des Favus eignet sich diese Methode.

Des Ferneren möchte ich darauf hinweisen, daß bei der Behandlung von Ekthymageschwüren Anstriche mit 1%iger Kali hyp.-Lösung und nachfolgender Dermatolpuderung gut am Platze sind. Nachfolgende feuchte Verbände mit Kali hyp.-Lösung 1:500 eignen sich ebenfalls in allen diesen Fällen. Die Verbände wechselt man bei den Trichophytien täglich, bei Ekthymageschwüren alle drei Tage.

Ein besonderes Studium entsteht für mich aus der Wirkungsweise der stark sauren Lösungen (essigsaure, salzsaure) oder der alkalisch abgeschwächten Lösungen.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Schwierigkeiten bei der Durchführung starrer Instrumente durch die Harnröhre beim Manne, von B. Goldberg-Wildungen. (D. Zschr. f. Chir., 1916, Bd. 137, H. 5—6.) Bei einer Striktur sind gerade Instrumente ohne jede Knickung einzuführen; ebenso kann nur ein gerades Zystoskop eingeführt werden. Muß man bei enger Striktur die Blase besehen, so lege man für 12 Stunden ein Verweilbougie und versuche dann ein Stangle-Zystoskop. Bei einer Versteifung des beweglichen Teiles der Harnröhre durch Striktur gelang es dem Verfasser, ein Bougie bzw. Zystoskop einzuführen, sobald er den Penis in seiner zur Symphyse senkrechten Stellung beließ und nicht durch Senkung des Griffes nach unten, sondern durch Vorwärtsdrängen das Bougie in dieser sogenannten zweiten Position in die Blase zu bringen versuchte. W. Chrzelitzer-Posen.

Harnröhrenwunden und Verweilkatheter, von Alfred Rothschild-Berlin. (M. Kl., 1916, Nr. 5.) Der Verfasser setzt die Vorzüge und Schattenseiten der Anwendung von Verweilkathetern bei Harnröhrenwunden auseinander. Er verfügt natürlich infolge des Krieges über ein ziemlich reichhaltiges Material von Schußverletzungen der Urethra, besonders der pars pendula, aus dessen Beobachtung er zu seinen Schlüssen kommt. Obwohl er Fälle gesehen hat, in denen er Harnröhrenwunden hat glatt heilen sehen, ohne daß ein Katheter oder eine Sonde zur Verwendung kam, glaubt Rothschild doch in allen Fällen von Harnverhaltung oder infizierter Blase resp. unreinem Urin entweder einen Verweilkatheter anlegen zu müssen, oder zwischen der Stelle des Traumas und der Blase durch die Urethrotomia externa (ev. perinealis) oder suprapubica ev. selbst durch die sectio alta für die Harnentleerung sorgen zu müssen. Bei Verwendung eines Verweilkatheters ist peinlichste Sauberkeit durch geübtes Wartepersonal (mehrmalige Spülungen im Laufe des Tages usw.) unerläßlich. Bei operativem Vorgehen muß meist ebenfalls ein Katheter resp. ein Drainrohr von der Blase nach der künstlich angelegten Öffnung eingelegt werden. Rothschild veröffentlicht Literaturstudien und Beobachtungen um seine Ansichten über den Nutzen des Verweilkatheters resp. über den je nach der Art des Falles angezeigten modus procedendi anschaulich zu machen. O. Lasch-Breslau.

Die Plastik der verletzten Urethra durch Venentransplantation, von Leguen. (Presse méd., 1916, Nr. 18.) Der Verfasser beschreibt eine von ihm in einem Falle von

Digitized by Google

Verletzung der Urethra mit vollem Erfolg ausgeführte Transplantation eines 15 cm langen Stückes der Vena saphena an Stelle der zerstörten Urethra. Nach 20 Monaten war die neue Urethra für Béniqué Nr. 44—48 durchgängig. A. Gunsett-Straßburg.

Kanalisation der Urethra bei kompletter traumatischer Narbenstenose, von Raffaele Altobelli. (Riforma med., 1914, Nr. 48.) Beschreibung der Technik. Hat mehr chirurgisches Interesse. R. Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Varizen der Harnröhre des Mannes, von Ernest G. Mark und Harvey E. M. Carthy-Kansas City. (J. Am. m. Assoc., 18. Dez. 1915.) Der 46jährige Patient hatte vor 20 Jahren Tripper und später Striktur gehabt. Nach dem Heben eines schweren Gegenstandes verspürte er plötzlich Schmerz in der Blasengegend und Harndrang. Später bemerkte er den Ausfluß von Blut aus der Harnröhre. Die Zystoskopie ergab normale Verhältnisse. Bei der Urethroskopie fand sich in der Gegend des Penoskrotalwinkels an der oberen Harnröhrenwand eine tumorartig vorspringende, weiche, schwarzrötliche Masse. Bei Lufteinblasung verschwand die Farbe völlig, es zeigten sich unregelmäßige Streifen, die durch Druck gelblich wurden, mit Ausnahme eines kongestionierten Punktes. Die genaue Besichtigung ergab, daß variköse Gefäße mit einer Perforationsstelle vorlagen. R. Frühwald-Leipzig.

Primäres Urethralkarzinom mit priapismusähnlichen Folgen, von E. Allenbach-Straßburg. (D. Zschr. f. Chir., 1916, Bd. 138. H. 1—2.) Ein 51 Jahre alter Mann bemerkt, daß sein Penis stark anschwoll und steif wird. Die Miktion wird immer schwieriger, zuletzt entleert sich der Urin nur tropfenweise. Gewichtsabnahme 28 Pfund. Katheterismus unmöglich. Die Untersuchung per rectum ergibt einen Tumor bis an die linke Prostatahälfte heranreichend, knochenhart von Hühnereigröße. Die Sektion ergibt in der Urethralschleimhaut zahlreiche bis hanfkorngroße flache Knötchen. Auch die Corpora cavernosa des Penis zeigen hanfkorngroße weiße Neoplasmaknötchen. Nierenbecken und Ureter erweitert. Mikroskopische Diagnose stellt zylindrozelläre Krebszapfen fest. Das Karzinom hat einen sehr großen Teil der Urethralschleimhaut ergriffen, dann die Corpora cavernosa des Penis und der Urethra in ihrem ganzen Verlauf infiltriert und in eine starre Tumormasse verwandelt, so daß ein Erektionszustand vorgetäuscht wurde. W. Chrzelitzer-Posen.

Beitrag zur Ätiologie der nicht blennorrhoischen Urethritiden, von Walther Karnin. (M. m. W., 1917, Nr. 18.) Der Kranke hatte 1913 eine Blennorrhoe durchgemacht, die nach sechs Monaten heilte. 1917 trat ohne vorhergehenden Koitus Ausfluß auf. Im Sekret polgefärbte Stäbchen, häufig in der Form von Diplobazillen und Diplokokken, die fast ausschließlich intrazellulär liegen und Gonokokken völlig gleichen, aber grampositiv sind. Die kulturelle Differenzierung ergab die Zugehörigkeit dieser Diplokokken zu den Sarcinen. A. Witte-Bremen.

Urethritis acuta typhosa, von Joh. Saphier-Wien. (W. kl. W., 1916, Nr. 48.) Bericht über zwei Fälle. Im ersten hatte der Patient vor zwei Jahren einen Abdominalis gehabt, im zweiten lag eine frische Erkrankung vor. Beide litten an Urethritis und Orchitis, im Eiter wurden Typhusbazillen nachgewiesen. H. Vörner-Leipzig.

Nichtbakterielle Urethritis, von P. J. Nixon. (M. Record, 10. April 1915.) Verf. weist auf die Binsenwahrheit hin, daß gegen Ende einer Tripperbehandlung der Ausfluß manchmal durch die Injektionen unterhalten wird. R. Frühwald-Leipzig.

Über Blasenlähmungen nach intralumbalen Optochininjektionen, von O. Landsberger-Wien. (W. m. W., 1916, Nr. 45.) Bei Meningitis epidemica wurde eine 1%ige Lösung von Optochin. hydrochl. in physiologischer Kochsalzlösung den Patienten im Anschluß an eine Lumbalpunktion in einer Menge von 10 ccm verabreicht. Die Injektion setzt die Zahl der im Liquor enthaltenen Keime herab, ohne sie aber zum

Digitized by Google

gänzlichen Verschwinden zu bringen. Bei einem großen Teile dieser Patienten traten vorübergehend Blasenlähmungen auf, deren Ursache in der spezifischen Giftwirkung des Optochinins zu suchen ist, die vielleicht durch die längere Lagerung des Mittels an der Luft eine Zunahme erfuhr. H. Vörner-Leipzig.

Fremdkörper in der Harnröhre und Blase, von Max Roth. (B. kl. W., 1917, Nr. 10.) Verf. beschreibt einen Fall, bei dem sich ein Mann angeblich zum Zweck der Temperaturmessung ein Thermometer von 13 cm Länge in die Harnröhre eingeführt hatte und eingeschlafen war, worauf das Instrument vollständig in der Harnröhre verschwunden war. Der Kopf des Thermometers war in der Dammgegend hinter dem Bulbus urethrae zu fühlen. In Narkose Längsschnitt in der Regio perinealis und Urethrotomia ext. Nach 10 Tagen Entlassung. Verf. betrachtet diesen Fall als ein Beispiel des Wanderns des Urethralfremdkörpers gegen die Blase zu. Durch letzteren werden Erektionen ausgelöst, bei denen er in der Harnröhre verschwindet und nach Beendigung der Erektion wird durch die folgende Verkürzung der Harnröhre der Fremdkörper nach dem Bulbus zu verschoben. Außerdem führt Verf. noch zwei Fälle an, in denen der Fremdkörper per vias naturales aus der Blase entfernt werden konnte, eine 3 Monate darin befindliche inkrustierte Haarnadel und ein 29 cm langer, zum Teil inkrustierter, aus einem fest zusammengerollten Briefbogen bestehender Fidibus. E. Klemm-Leipzig.

Korallenartige Blasensteinbildungen bei einem jugendlichen Individuum, von Günther. (D. m. W., 1916, Nr. 34.) G. berichtet über einen Fall von Blasenstein, bei dem trotz neunjährigen Reizzustandes, den der Stein auf die Blasenwand ausübte (sehr heftige Schmerzen gegen Schluß der Miktion), niemals Blasenblutungen aufgetreten sind, und bei dem jede Infektion der Blase fehlte. E. Brinitzer-Altona.

Über eine Blasen-Foramen-obturatorium-Haut-Fistel entstanden durch Fremdkörper in der Blase, von Domenico Faddei. (Riforma med., 1916, Nr. 2.) Inhalt siehe Titel. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Beitrag zur Kenntnis der Blasenfremdkörper, von Feresio Cattaneo. (Riforma med., 1917, Nr. 10.) Es handelte sich um die 7 cm lange, knöcherne Kanüle einer Spritze. Das Durchschlüpfen durch die Urethra war ohne jede Beschwerde erfolgt, so daß Patient glaubte, der fehlende Spritzenteil sei mit dem Urin fortgeschwemmt, und die gleich danach einsetzenden Blasenbeschwerden gar nicht in Zusammenhang mit dem Abbrechen der Kanüle brachte. Nach 2 Jahren Entfernung der ganz mit Kalk inkrustierten Kanüle durch Cystotomia suprapubica. Heilung. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Über suprasymphysäre Zystostomie, von Otto Kalb-Stettin. (D. Zschr. f. Chir., 1917, Bd. 140, H. 3/4.) Die Indikation zur Zystostomie gaben die schweren Störungen der Blasenentleerung auf organischer Nervenerkrankung, hierzu zählen die Fälle von Blasenretention mit gleichzeitiger Inkontinenz wie nach Paraplegien; auch bei organischen Sphinkterenkrampf im Gefolge organischer Nervenerkrankung ist die Zystostomie von großem Wert. Ferner ist die Anwendung der Blasenfistel angezeigt bei Retention infolge maligner Tumoren. Bei der plastischen Beseitigung ausgedehnter Harnröhrendefekte, besonders am Damm, ist die Zystostomie angezeigt. Bei den durch Prostatahypertrophie bedingten Totalretentionen schafft die Zystotomie nach jeder Hinsicht Erleichterung. Die Blasenfistel verhindert eine spätere Enukleation in keiner Weise und schafft auch als Dauerzustand durchaus erträgliche Verhältnisse. Selbstverständlich ist der Nachbehandlung besondere Sorgfalt zuzuwenden. W. Chrzelitzer-Posen.

Anästhesierung der Blase mit Eukupin, von C. Schneider-Bad Brückenau-Wiesbaden. (B. kl. W., 1917, Nr. 21.) Verf. hat mit der 1 bzw. 2%igen sterilen öligen Lösung gute Resultate erzielt, besonders bei der Blasentuberkulose. Es wird mittels dünnen Nelatonkatheters soviel in die entleerte Blase gebracht, daß dieselbe

Digitized by Google

nicht mit Kontraktionen reagiert, jedoch nie mehr als 5—10 ccm auf einmal, und möglichst lange darin belassen. Zuerst tägliche Injektion, später in immer größeren Pausen. Bei den ersten Einspritzungen tritt Brennen in der Blase auf, das sich aber bald verliert. Vergiftungserscheinungen sind niemals beobachtet worden. Zur spezifischen Behandlung der Tuberkulose können der Lösung entsprechende Mittel zugesetzt werden.
E. Klemm-Leipzig.

Ein seltener Fall von Prolaps der Harnblase, von Amberger-Frankfurt a. M. (Beitr. z. klin. Chir.. 1917, Bd. 110, H. 2.) Verf. schildert einen Fall von Blasenprolaps bei einer 55jährigen Frau. Die Blase war nicht auf dem Wege der direkten Leistenhernie durch die Fovea inguinalis medialis ausgetreten. Am meisten Ähnlichkeit hat der Fall mit einer Cystocele vaginalis. Wegen seiner lang ausgezogenen Form wurde der vorgefallene Blasenteil als Blasendivertikel angesehen. W. Chrzelitzer-Posen.

„Eine neue Methode zur Heilung von Ectopia vesicae", von Th. Rovsing. (Hospitalstidende, 1916, S. 1109.) Zu kurzem Referate nicht geeignet, muß im Original nachgelesen werden. W. Holland-Kristiania.

Die Bedeutung und Behandlung der „Blasenleiden" im Kriege, von Fritz Munk. (D. m. W., 1917, Nr. 15.) In einer längeren Arbeit bringt M. außerordentlich interessantes und wertvolles Material zu seinem Thema bei. M. hat in einer Sammelstation eine Reihe von mehr als 100 „Blasenkranken" einer systematischen Untersuchung und Beobachtung unterworfen. Sorgfältigste anamnestische Erhebungen über die bisherige Dienstzeit sind eine unumgängliche Vorbedingung für die Beurteilung der „Blasenkranken". Für die Pathogenese ist die Tatsache von größter Bedeutung, daß es sich in etwa 70% der Fälle um alte Blasenstörungen handelt, deren Beginn schon vor dem Kriege, meist in der Kindheit der Kranken, zurückliegt. Von einer Kriegs- oder gar „Schützengrabenkrankheit" kann darum bei diesen Kranken keine Rede sein, wenn auch fast ausnahmslos angegeben wird, daß die ungünstigen Lebens- und Witterungsverhältnisse des Frontdienstes das Leiden verschlimmert hätten. In etwa 20% der Fälle wird das Leiden einem bestimmten, kürzere oder längere Zeit zurückliegenden ursächlichen Ereignis zugeschrieben. Gegenüber diesen Kranken mit funktionellen Blasenstörungen findet sich unter dem Rest von 10% ein Teil mit objektiven Anzeichen einer Erkrankung des Urogenitalapparates (Nierenstein, alte blennorrhoische Residien) und endlich vereinzelte Fälle, bei denen die Blasenstörungen symptomatische Erscheinungen anderer Krankheiten sind (Tabes, Diabetes insipidus). Die funktionell Blasenkranken scheiden sich in zwei Gruppen, Kranke mit konstitutionell-chronischen Blasenstörungen und solche mit akuten Blasenstörungen (Erkältung, Infektionskrankheit, Traumen usw.). Die Kranken mit konstitutionell-funktionellen Blasenstörungen zeigen fast mit Regelmäßigkeit geistige oder körperliche Entwicklungsfehler. Bei den akuten Blasenstörungen infolge „Erkältung" hat man den Eindruck, daß die Wirkung der Kälte auf die Blase nicht dem gewöhnlichen Begriff der „Erkältungskrankheit gleichkommt, sondern, daß hier vielmehr unmittelbare reflektorische Einflüsse auf den nervösen Apparat des Harnsystems vorliegen. Der physiologische Grad dieser Einwirkung läßt sich an einem bei den meisten Stubenmenschen beim Aufenthalt in kalter, freier Luft eintretenden Harndrang sowie an der harntreibenden Wirkung der Bäder oder kalten Abwaschungen erkennen. Intensive oder anhaltende Kälte-Hautreize führen zu einer pathologischen Steigerung dieser Reflexerregbarkeit oder zu einer Permanenz der örtlichen Reflexstörung. Darin liegt das Wesen der allermeisten und als „Blasenleiden" vorkommenden Erkrankungen, sofern diese als Folge einer „Erkältung" aufgetreten sind. Als sekundärer Faktor kommt dazu eine mangelnde Energie, den Drang zu überwinden, da die Reflexerregbarkeit mit jeder Urinentleerung noch gesteigert wird. M. sah

Digitized by Google

zwei Fälle von funktionellen Blasenstörungen im Anschluß bzw. während eines Fünftagefiebers auftreten. Inbetreff der traumatischen Ätiologie werden als körperliche Einwirkungen schon längere Zeit bestehende oder erst vor kurzem entstandene Leistenbrüche, ferner Operationen („Bruch", „Blinddarm") oder abgeheilte Verwundungen des Unterleibs, auch bestimmte körperliche Übungen (Radfahren, Reiten) angeführt. Das psychische Trauma (Schreck) ebenso wie auch eine längere Zeit dauernde psychische Einwirkung (Angst, starke Aufregungen) können vermehrten Harndrang und Inkontinenz bewirken. Nach der Art der Krankheitserscheinungen und Beschwerden bei funktionellen Blasenstörungen lassen sich folgende Formen mehr oder weniger scharf abgrenzen: 1. einfache Enuresis nocturna et diurna, 2. Pollakisurie (vermehrter Harndrang), 3. Incontinentia urinae (Harnträufeln), 4. Tenesmus (Harndrang mit entsprechenden Schmerzen in den abführenden Harnwegen, Urinretention, Blasenkrampf), 5. Kombination dieser Erscheinungen. Bei den chronisch-konstitutionellen Blasenstörungen herrscht die Enuresis, bei der akuten der Spasmus vor. Wichtig ist die Feststellung des Zustandes der Blase nach erfolgtem freiwilligen oder unwillkürlichen Urinabfluß. Eine gefüllte Blase bei Harnträufeln oder nach willkürlichen Harnabfluß hat fast immer eine nicht rein nervös funktionelle, sondern eine organische Störung zur Ursache. Die Beschaffenheit der Haut der Geschlechtsteile und ihrer Umgebung ist für die Bewertung der Anamnese von Wichtigkeit, da eine tatsächliche Inkontinenz der Blase oder häufiges Einnässen im Schlafe nicht ohne eine mazerierende Wirkung auf die Haut vorkommen kann. Die schlechten Erfahrungen, die M. bei konstitutioneller Blasenschwäche mit therapeutischen Maßnahmen macht, ebenso der Beweis, daß auch die in den Vorgeschichten der Kranken verzeichneten, oft monatelangen Lazarettbehandlungen vollkommen ergebnislos geblieben waren, brachte M. zu der Überzeugung, daß es sich bei den Fällen von konstitutioneller Blasenschwäche gar nicht lohnt, eine eigentliche Behandlung einzuleiten. Diese Kranken gehören wegen der genannten Erscheinungen nicht ins Lazarett, sie werden daher, wenn nicht andere Gründe für eine Lazarettbehandlung vorliegen, nach kurzer Beobachtung und gesicherter Diagnose entlassen. Bei den akuten Blasenstörungen empfiehlt sich strenge Bettruhe, Verordnungen heißer Umschläge auf Blasen- und Nierengegend, wöchentlich 2—3 warme Vollbäder. Der Kaffee ist einige Zeit abzusetzen; bei reduziertem Ernährungszustand: Eisen-Arsen. Von Medikamenten: Brom, Extr. Belladonnae, eventuell für einige Zeit Morphium. M. sah von den von Fuchs und Gross empfohlenen heißen Blasenspülungen mit 2%igem Borwasser eine sehr günstige Wirkung. Wenn eine 6—8 wöchige Lazarettbehandlung bei den akuten Blasenstörungen keine erhebliche Besserung oder Heilung zustande brachte, so wurde von einer weiteren erfahrungsgemäß erfolglosen Behandlung Abstand genommen. Von allergrößter Bedeutung für die Wiederherstellung ist auch die Selbsterziehung der Kranken. Die Beobachtung, daß unter den Kranken militärische Chargen und Angehörige gebildeter Stände nur als Ausnahmefälle vertreten waren, bringt die Willensstärke und Erziehung als maßgebende Faktoren bei dieser Krankheit zum Ausdruck. E. Brinitzer-Altona.

Über nervöse Blasenstörungen bei Soldaten, von Fritz Juliusberg und Karl Stetter. (B. kl. W., 1917, Nr. 11.) Die Verf. teilen das beobachtete Material, 228 Fälle, in die drei Gruppen der Pollakisurie, Enuresis und Dysurie ein, von denen die letztere gegenüber den ersten beiden an Häufigkeit bedeutend zurückbleibt. Innerhalb der ersten Gruppe unterscheiden sie reine Pollakisurie, Pollakisurie und falsche Inkontinenz, Pollakisurie als Rezidiv, in der zweiten die von jeher bestehende Enuresis, Enuresis als Rezidiv, Enuresis mit Pollakisurie. Als eigentliche Erkältungskrankheit der Harnblase wird die Pollakisurie bezeichnet, nicht die Enuresis, bei der es sich um ein fast stets seit frühester Kindheit bestehendes Leiden handelt, das allerdings durch Kältereize wieder ausgelöst

Digitized by Google

werden kann. Nahezu $^1/_4$ der Kranken konnte als kriegsverwendungsfähig, eine ganze Anzahl, vor allem solche mit Enuresis, mußten allerdings auch als dienstunbrauchbar entlassen werden. E. Klemm-Leipzig.

Diagnose, Pathogenese und elektrische Behandlung der Blasenparalyse, die nach organischen Veränderungen des Nervensystems auftritt, von D. Courtade. (J. méd. de Paris, 1914, Nr. 5.) Bei Blasenlähmungen muß man in erster Linie auf spezielle Symptome (Tabes usw.) fahnden. Ferner muß die zystoskopische Untersuchung vorgenommen werden. Rückstände kommen in der Regel nicht vor, da wir es nicht mit einer Lähmung der Miktionsreflexe, sondern mit einer echten Blasenlähmung zu tun haben. Schließlich ist die manometrische Untersuchung von großer Wichtigkeit, wie aus folgender Gegenüberstellung ersichtlich ist.

	Echte Lähmungen der Blase	Neurasthenie
Menge . .	sehr groß	manchmal sehr groß
Druck . .	sehr schwach oder gleich Null	sehr schwach
Kontraktion	nicht vorhanden	sehr schwach mit verzögerter Miktion
Stimmung .	nicht gestört	wird schnell sehr stark

Es besteht eine Dissoziation zwischen den Erscheinungen der funktionellen Sensibilität (Druck, Kontraktion) und denjenigen der allgemeinen Sensibilität (Stimmung). Erstere, als Resultat eines Reflexes medullären Ursprungs, sind stark herabgesetzt, letztere (cerebrale Reflexe) stark erhöht. In den Fällen von Blasenlähmung medullären Ursprungs findet man eine Lähmung des Körpers zugleich mit einer solchen des Blasenhalses. Es besteht dann eine totale Inkontinenz oder sehr häufige Pollakisurie, wenn der Blasenhals nur paretisch. Mit Hilfe der lokalen elektrischen Behandlung des Sphincter internus kann man auf die zirkulären Fasern des Blasenhalses wirken und ihnen ihren Tonus wiedergeben. In Fällen von Lähmung des Sphincter internus besteht häufig eine einfache Hemmung der peripherischen Sympathikuszentren. Diese Hemmung wird durch die elektrische Behandlung aufgehoben, so daß die zirkulären Fasern des Blasenhalses wieder zu ihren normalen Tonus kommen. K. Boas-Rostock.

Kriegserfahrungen über Verletzungen der Harnblase und Harnröhre, von Körte. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1916, Nr. 5.) Am häufigsten ist die Verwundung der Harnblase oder Harnröhre durch Gewehrgeschosse verursacht. Die Hauptaufgabe des Arztes bei dieser Art der Verwundung ist die Schaffung freien, ungehinderten Urinabflusses, um die Urininfiltration und -phlegmone zu vermeiden. Für einfache Blasenverletzte ist der Verweilkatheter das gegebene Verfahren. Die Kranken dürfen nicht vor Ablauf des 6.—8. Tages post trauma abtransportiert werden, da der Katheter sich leicht verschieben oder verstopfen kann; der Urin kann dann in das umgebende Gewebe eingepreßt werden. Während der Heilung muß auf Abszesse in der Blasenumgegend geachtet werden. Der hohe Blasenschnitt ist nur bei nicht stillbarer Blutung oder beim Nachweis von Fremdkörpern in der Blase angezeigt. Bei intraperitonealen Blasenverletzungen kann nur der Bauchschnitt eventuell helfen. Die Operation muß spätestens 12 Stunden post trauma erfolgen und erfordert die Anwesenheit eines tüchtigen Chirurgen. Bei Verletzungen des Sphinkterenteiles der Blase und des oberen Teiles der Harnröhre ist die Urethrotomia perinealis möglichst bald auszuführen, ehe Urininfiltration eintritt. Bei schon eingetretener Infiltration breite Spaltung bis zum Gesunden. Falls die Blase mit dem Katheter nicht entleert werden kann, ist die Punktion mit einer Hohlnadel stärkeren Kalibers als temporäres Aushilfsmittel dem Blasenstich mit dem Troikart vorzuziehen. Die Dammwunden der Harnröhre heilen fast stets spontan; die Wunden in der Pars pendula haben Fisteln zur Folge, die dann plastisch geschlossen werden müssen.
E. Brinitzer-Altona.

Digitized by Google

Über Schußverletzungen der Harnblase im Kriege, von KIELLEUTHNER-München. Mit 4 Tafeln und 16 Abbildungen. (Beitr. z. klin. Chir., 1916, Bd. 100, H. 5.) Die interessantesten Kriegsverletzungen des Urogenitalapparates sind die Schußverletzungen der Blase. Sie lassen sich einteilen in symptomlose und komplizierte, in Durchschüsse und Steckschüsse, in direkte Schußverletzungen und in indirekte, bei denen nicht das Geschoß selbst, sondern Splitter eines vorher getroffenen Knochens die Verletzungen der Blase hervorriefen. Die wichtigste Frage bei einer Beurteilung liegt darin, ob das Peritoneum durch die Verletzung miteröffnet wird, oder verläuft der Schußkanal extraperitoneal. Die Heilungstendenz ist im allgemeinen eine gute, falls keine Nebenverletzungen Anlaß zu Komplikationen geben, und andererseits die Infektion fehlt. Die Symptome zeigen sich durch Schmerz-, Spannungs- und Druckgefühl in der Blasen- und Bauchgegend, besonders in durchweg frustranen, schmerzhaften Harndrang, und ausstrahlende Schmerzen in der Harnröhre. Zu den objektiven Symptomen gehören Hämaturie, Ausströmen von Harn aus der Wunde und Veränderungen in der Füllung der Blase. Die Blutungen sind verschieden — jedenfalls sind schwere Blutungen selten. Ebenso ist die Dauer der Blutung verschieden; das Fehlen der Blasendämpfung, das Vorhandensein von freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle, verbunden mit Veränderungen des Perkussionsschalles sind für eine intraperitoneale Verletzung des Organs charakteristisch, wenn außerdem der Katheter nur eine geringe Menge bluthaltigen Urins zutage fördert. Bei Verletzung der extraperitonealen Blasenanteile ergießt sich der Blaseninhalt in das perivesikale Zellgewebe oder verletzten Weichteile. Es kommt zur Harninfiltration. Läßt sich nicht feststellen, ob eine intraperitoneale oder extraperitoneale Verletzung stattgefunden, so ist die Blase zu eröffnen. Bei intraperitonealen Verletzungen kann nur die Operation in Frage kommen, die Therapie der extraperitonealen Verletzung ist in der Hauptsache konservativ, Operation erst dann, wenn Komplikationen das Leben bedrohen, sonst besteht die Therapie hauptsächlich in der exakten Ableitung des Harns. Am besten wird ein Verweil- oder Dauerkatheter angewandt. Kommt man damit nicht zum Ziele, so wird im Anschluß an eine Sectio alta eine suprapubische Fistel angelegt. Ist Harn in das umliegende Gewebe eingetreten, so tritt die operative Therapie in ihre Rechte. Bei wirklichen Harnphlegmonen, bei Para- und Perizystitis sind ausgedehnte Inzisionen notwendig. Die Beseitigung von Blasenmastdarmfisteln geschieht auf transvesikalem Wege. Fremdkörper müssen aus der Blase entfernt werden. W. Chrzelitzer-Posen.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Abszesse und Schorfe durch Chinin, von LAURENT MOREAU. (Presse méd., 1917, Nr. 17.) Da die Salze des Chinins nach der Injektion nicht chemotaktisch wirken, werden miteingedrungene Mikroorganismen von den Phagozyten nicht vernichtet und könenn sich leicht vermehren. Daher kommt es nach solchen Injektionen leicht zu ausgedehnten Nekrosen und Abszeßbildungen. Bei diesen muß baldigst chirurgisch eingegriffen werden, falls die Prognose nicht ernst werden soll. Zur Prophylaxe dieser unangenehmen Nebenerscheinungen ist peinliche Asepsis erforderlich; ferner sollen die intramuskulären Injektionen den subkutanen vorgezogen werden. Die Injektionen sollen zwischen Darmbeinkamm und einer Linie, die das obere Ende der Rima ani berührt, gemacht werden. R. Frühwald-Leipzig.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig
Für den Referatenteil: Dr. P. TAENZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

23. Februar 1918 | Nr. 8 | Band 66

Aus dem Städtischen Krankenhaus Wiesbaden.

Über Novasurol.

Von

C. Gutmann, leitendem Arzt der dermatolog. Abteilung.

An der Hand des gewaltigen Materials von über 900 Kranken mit etwa 5000 Injektionen berichtet Zieler in Nr. 39 der M. m. W. 1917 über seine Erfahrungen mit Novasurol, einem neuen Quecksilbersalz zur Syphilisbehandlung.

Nach Zieler führt das Präparat auffallend selten im Vergleich zu anderen Hg-Präparaten zu beachtenswerten Nebenerscheinungen, so daß er nicht ansteht, es als das „bestverträgliche, lösliche Quecksilbersalz" zu erklären. Das Mittel wirkt nach Zieler wahrscheinlich nicht sehr dauerhaft, jedoch gut und kräftig, dabei zugleich milde, und wird daher von ihm in erster Linie als Einleitung energischer Kuren in Verbindung mit Merzinol- und Kalomelinjektionen und zur Verwendung bei schwächlichen Kranken und solchen mit empfindlichen inneren Organen empfohlen.

Es handelt sich bei diesem löslichen Hg-Salze, wie ich den Ausführungen Zielers entnehme, um eine Doppelverbindung von oxymerkurichlorphenoxylessigsaurem Natrium und Diäthylmalonylharnstoff. Es hat die Formel: $C_6H_3\begin{cases}Cl\\OCH_2\\Hg\end{cases}:\begin{matrix}COONa\\C_7H_{11}O_3N_2\end{matrix}$; sein Hg-Gehalt beträgt 33,9 Proz. Das Quecksilber ist im Novasurol komplex, also an Kohlenstoff gebunden, und wird im allgemeinen langsam abgespalten.

Hinsichtlich der weiteren Eigenschaften des Präparates sei auf die einleitenden Darlegungen Zielers verwiesen.

Das Mittel wird von den Farbwerken vorm. Fr. Bayer und Co.-Leverkusen, in Packungen zu 10 Ampullen à 2,2 ccm, nicht, wie Zieler schreibt, 2,3 ccm der 10%igen Lösung in den Handel gebracht. Eine besondere Technik erfordert die Injektion des Novasurols, welche intramuskulär geschieht, nicht; alles Wissenswerte darüber findet sich im übrigen in dem jeder Packung beigefügten Prospekt der das Präparat herstellenden Firma.

Was meine eigenen Erfahrungen anlangt, so erstrecken sich die-

Digitized by Google

selben auf nur 53 Fälle mit 567 Injektionen. Wenn ich es trotz dieser gegenüber dem ZIELERschen Material verschwindend kleinen Zahlen unternehme, über das, was ich bei der Anwendung des Novasurols habe feststellen können, zu berichten, so veranlassen mich dazu in der Hauptsache zwei Gründe. Einmal werde ich in absehbarer Zeit nicht mehr in der Lage sein, mich weiter mit dem Präparat zu befassen, zum anderen decken sich meine Erfahrungen nicht in allen Punkten restlos mit denjenigen ZIELERS.

Über ausschließlich mit Novasurol behandelte Fälle verfüge ich nicht, sie haben vielmehr sämtlich zugleich Salvarsan, und zwar fast durchweg Neosalvarsan, erhalten. Dagegen wurde im Verlaufe der Kur außer Novasurol keinerlei Hg in irgend einer Form verabfolgt. Bei 30 Fällen wurde die Kur mit Novasurol eingeleitet. Diese Vorbehandlungsperiode erstreckte sich im allgemeinen über 6—10, in einigen Fällen über 11—17 Tage, und zwar wurden in der ersten Gruppe 3—4, in der zweiten 4—6 Injektionen gegeben. Fast durchgängig begann ich die Kur mit einer Volldosis, d. h. dem Gesamtinhalt einer Ampulle, es dürfte aber aus einem später noch zu erörternden Grunde zweckmäßig sein, bei der ersten Injektion nur die Hälfte der Ampulle, also 1,1 ccm, zu injizieren. Die weiteren Einspritzungen erfolgten dann, entsprechend den mir von den Farbwerken Bayer gegebenen Weisungen, jeden dritten Tag, und erst nach dem Erscheinen der ZIELERschen Arbeit ging ich dazu über, zwischen zwei Injektionen nur einen Tag Pause einzuschieben. Nach Abschluß der Vorbehandlung und der nunmehr verabreichten ersten Salvarsaninjektion ließ ich alsdann immer auf zwei Novasurolspritzen eine Salvarsaninjektion folgen, so daß sich schließlich folgendes Behandlungsschema herausbildete: 1. Tag 1. Novasurolinjektion (1,1 ccm), 3. Tag 2. Novasurolinjekton (2,2 ccm), 5. Tag 3. Novasurolinjektion (2,2 ccm), 7. Tag Salvarsan Dose IV, evtl. Dose III, 9. Tag Novasurol, 11. Tag desgleichen, 13. Tag Salvarsan usf. während 6—7 Wochen.

Wenn ich jetzt zur Besprechung der Nebenwirkungen des Novasurols übergehe, so möchte ich dieselben aus Zweckmäßigkeitsgründen in derselben Reihenfolge erörtern, wie es ZIELER getan hat.

Ebensowenig wie ZIELER habe ich jemals Knotenbildung an den Injektionsstellen wahrnehmen können; das dürfte wohl, wie ZIELER bemerkt, darauf zurückzuführen sein, daß Eiweiß durch Novasurol nicht gefällt wird. Dagegen kann ich dem nicht zustimmen, wenn ZIELER schreibt, daß die Einspritzungen nur „bei verhältnismäßig wenigen Kranken" Schmerzen verursachten, und wenn er noch weitergehend am Schluß seines Aufsatzes erklärt, das Präparat bewirke „keine Schmerzen". Unsere Patienten wenigstens, und namentlich die weiblichen, klagten mit ver-

Digitized by Google

hältnismäßig wenig Ausnahmen über oft erhebliche Schmerzen in unmittelbarem Anschluß an die Injektion. Freilich dauerten die Beschwerden meist nur 1—2, gelegentlich auch mehrere Stunden an, und nur in vier Fällen (1 Mann, 3 Frauen) waren nach der Mehrzahl der Injektionen die Schmerzen so intensiv und langdauernd, daß die Patienten erklärten, kaum stehen und liegen zu können und noch am Tage danach nicht frei von Schmerzen waren. Dazu muß allerdings bemerkt werden, daß den Patienten, auch den Frauen, fast ausnahmslos der ganze Inhalt der Ampulle eingespritzt wurde.

Stomatitis trat in nennenswertem Maße nur zweimal in Erscheinung; in dem einen Falle mußte schließlich die weitere Hg-Zufuhr unterbleiben, der andere konnte dagegen mit Novasurol durchbehandelt werden, ohne daß die Schleimhautsymptome sich steigerten, und ebenso verhielt es sich mit den übrigen leichteren Stomatitiden. Nach dieser Richtung hin stimmen also unsere Erfahrungen durchaus mit denen Zielers überein.

Wesentlich günstiger wie Zieler stehen wir hinsichtlich der Störungen von seiten des Digestionstraktus da, indem wir von solchen, abgesehen von zwei Patienten, die nach insgesamt drei Injektionen je einmal erbrachen, völlig verschont geblieben sind. Vielleicht liegt das daran, daß ich niemals wie Zieler 14—15 Einspritzungen in 30 Tagen gegeben habe, sondern als Höchstmenge in nur zwei Fällen sechs Injektionen zu je 2,2 ccm in 16 bzw. 17 Tagen.

Über Kopfschmerzen klagten nur ganz wenige Patienten; über solche verbunden mit Schwindel- und Ohnmachtsgefühl nur einer von jenen vier oben erwähnten Fällen (eine Frau), bei denen die Injektionen mit so großer Schmerzhaftigkeit verknüpft waren.

Bei zwei Patientinnen wurden Exantheme beobachtet. Die eine hatte am 13. V. 17. 1.1, am 15. 2.2 und am 18. V. ebenfalls 2,2 ccm erhalten und auf jede Injektion mit Temperatursteigerung, auf die letzte gleichzeitig mit einmaligem Erbrechen reagiert. Am 20. stellte sich ein morbillöses Exanthem ein, das am 22. abgeklungen war und am 26. auf erneute Novasurolzufuhr rezidivierte, unter gleichzeitiger Erhöhung der Temperatur auf 39,4. Der zweite Fall bekam bereits im Anschluß an die erste Novasurolinjektion (2,2 ccm) ohne sonstige Störungen am Abend des gleichen Tages ein diffuses, scharlachähnliches Exanthem, das etwa $2^1/_2$ Tage später beseitigt war und nach weiteren zwei Tagen im Anschluß an die Injektion von 1,1 ccm des Präparates sich wieder einstellte, diesmal unter Temperaturerhöhung auf 37,9.

Beide Fälle konnten kurz darauf mit einem anderen Hg-Präparat (Inunktionen bzw. Arsenohygrol) weiter behandelt werden, ohne

Digitized by Google

daß sich wiederum ein Exanthem gezeigt hätte. Möglicherweise hätte im ersten Falle die Novasurolkur mit wesentlich kleineren Dosen durchgeführt werden können, ohne das Wiederauftreten eines Exanthems befürchten zu müssen; wenigstens berichtet Zieler, daß diese Exantheme durch eine vorsichtige Dosierung vollkommen vermieden werden könnten bis auf die anscheinend sehr seltenen Fälle stärkerer Idiosynkrasie gegenüber dem Novasurol, zu welcher Gruppe unser zweiter Fall zu gehören scheint. Sei dem aber wie ihm wolle, auf alle Fälle sind derartige Exantheme, wie man Zieler durchaus beipflichten muß, durchaus harmlose Dinge.

Während nun Zieler betont, daß er abgesehen von seinen Exanthemfällen stärkeres Fieber nicht bemerkt habe und daß das Fieber selbst nach den ersten Einspritzungen bei frischen Exanthemen eigentlich stets in sehr mäßigen Grenzen bleibe, verhält sich unser Material, in erster Linie wieder wie auch bei den sonstigen Störungen der weibliche Teil desselben, nach dieser Richtung doch etwas anders.

Ich habe bei 47 Patienten nach 500 Novasurolinjektionen (von fast durchweg 2,2 ccm) zweistündliche Messungen vornehmen lassen. Es konnte nun nach insgesamt 66 Einspritzungen eine Temperaturerhöhung auf 37,5 und darüber festgestellt werden. Zieht man davon die vorher erwähnten Temperatursteigerungen bei den beiden Exanthemfällen und ferner die bei einer mit einer frischen Adnexerkrankung behafteten Patientin zur Beobachtung gelangten, im ganzen 11, ab, so verbleiben immer noch 55 fieberhaft verlaufene Injektionen übrig, wofür bei sorgfältigster Prüfung der Verhältnisse, abgesehen von dem Fieber nach ersten Injektionen, schließlich nur das Novasurol verantwortlich gemacht werden kann.

Wie steht es zunächst mit der Fieberreaktion im Anschluß an die erste, einleitend gegebene Novasurolspritze? Verwertbar sind in dieser Beziehung 29 Fälle. Unter diesen fieberten nach der ersten Injektion 12, d. h. mehr als $^1/_3$, und zwar bewegte sich die Temperatur sechsmal zwischen 37,5—38,4 und betrug ebenfalls sechsmal 38,5 und mehr, nämlich 38,5, 39,0, 39,2, 39,5, 39,8 und 40,1. Am Tage darauf war die Temperatur stets wieder zur Norm zurückgekehrt. Das sind doch z. T. immerhin recht erhebliche Temperturanstiege, und wenn denselben im allgemeinen auch keine große Bedeutung beizulegen ist, so dürfte es doch ratsam sein, dieselben nach Möglichkeit zu vermeiden dadurch, daß man, wie ich eingangs bereits empfahl, die Kur prinzipiell mit 1,1 ccm einleitet. Völlig wird sich indes dieses Initialfieber auch trotz dieser Vorsicht nicht ausschalten lassen; denn wir haben gerade das höchste Fieber, das wir bisher beobachteten, nämlich 40,1, nach 1,1 Novasurol konstatieren können.

Digitized by Google

Mag man nun ein solches Fieber Spirochätenfieber oder sonstwie nennen, also anders ausgedrückt, mit gutem Recht als durch die Lues bedingt betrachten, so ist dies nicht mehr angängig für die nach weiteren Injektionen sich einstellenden Temperaturerhöhungen. Diese können nur auf das Mittel selbst zurückgeführt werden, vorausgesetzt, daß anderweitige Erkrankungen nicht vorhanden oder in der Entwicklung begriffen sind und daß das Mittel, wie z. B. das Novasurol, am Orte der Injektion keine Veränderungen (Infiltrate usw.) setzt. Wir verfügen unter unserem kleinen Material über 43 fieberhaft verlaufene zweite und folgende Novasurolinjektionen, und zwar schwankte die Höchsttemperatur 34mal zwischen 37,5—38,4 und betrug nicht weniger wie neunmal 38,5 und mehr.

Es bestehen mithin hinsichtlich des Fiebers nach Novasurol ziemlich erhebliche Differenzen zwischen ZIELERS Angaben und unseren Feststellungen. Eine Erklärung kann ich dafür nicht finden; immerhin wäre es denkbar, daß ZIELER nicht so regelmäßig und in so kurzen Intervallen hat messen lassen, und daß ihm infolgedessen das in einem Teil der Fälle oft nur kurz dauernde Fieber entgangen ist. Im übrigen sind auch diese Temperaturerhöhungen nach dem, was ich bisher gesehen habe, belanglos, und haben uns, von einem später noch zu erwähnenden Falle abgesehen, niemals davon abgehalten, die Behandlung in der gleichen Weise fortzuführen wie zuvor.

Wenn ich schließlich noch ausdrücklich hervorhebe, daß wir niemals eine Reizung der Nieren beobachtet haben, so ist das Kapitel von den Nebenwirkungen des Novasurols erschöpft, und es wäre nunmehr die Frage nach der Wirksamkeit des Präparates abzuhandeln.

Hier sei gleich vorweg nochmals betont, daß alle unsere Fälle kombiniert behandelt sind, und daß es deshalb unmöglich ist, ein Urteil über die Beeinflussung der klinischen Symptome durch das Mittel zu fällen. Und selbst die mit Novasurol vorbehandelten Patienten sind wegen der meist nur kurzen Dauer dieser Periode zu einer strikten Stellungnahme in dieser Frage nicht geeignet. Ich möchte daher nur erwähnen, daß mir in den wenigen, längere Zeit mit Novasurol behandelten Fällen die Rückbildung der äußeren Symptome nicht gerade schnell zu erfolgen schien und daß namentlich Plaques und Papeln der Mundschleimhaut der Einwirkung des Mittels widerstanden; ja bei einer Patientin waren ausgedehnte Plaques auf beiden Tonsillen nach drei Injektionen zu 2,2 ccm am achten Tage der Behandlung noch völlig unverändert.

Dem Verhalten der Spirochäten haben wir unsere ganz besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Leider zeichneten sich nur verhältnis-

Digitized by Google

Nr.	Name	Alter	Geschlecht	Stadium der Lues	Wassermann L. E.	Wassermann F. E.
1.	Th.	?	w.	L. I	++	—
2.	K.	25	m.	„		++
3.	Lem.	18	m.	„		++
4.	S.	39	m.	„		++
5.	K.	26	m.	L. I + II		++
6.	H.	36	m.	„		++
7.	Oe.	40	m.	„		++
8.	Ka.	16	w.	„		++
9.	H.	21	w.	L. II rezid.		++
10.	Sch.	29	w.	„		++
11.	Ke.	29	w.	„		++
12.	Le.	22	w.	„		++
13.	M.	20	w.	„		++
14.	J.	23	w.	„		++
15.	Kr.	22	m.	„		++
16.	F.	30	w.	„		++
17.	Z.	25	w.	„		++
18.	Lauf.	22	w.	„		++
19.	O.	46	m.	„		++
20.	U.	33	m.	„		++
21.	R.	32	m.	L. lat.		++
22.	Kasp.	25	w.	„		++
23.	Lang.	20	w.	„	++	—
24.	E.	20	w.	„		++
25.	G.	24	w.	„		++
26.	Kn.	36	m.	„		++
27.	A.	20	w.	„		++
28.	C.	23	w.	„		++
29.	Pl.	35	m.	„		++
30.	Ras.	44	m.	„		++
31.	T.	38	m.	„		++
32.	Schm.	43	m.	L. III		++
33.	Dö.	43	w.	„		++
34.	Da.	34	m.	L. cerebrospin.		++
35.	Rä.	39	m.	„		++
36.	W.	40	w.	Tab. dors.		++
37.	Hu	22	w.	L. cong. tard.		++

mäßig wenige Fälle durch einen größeren Spirochätengehalt ihrer Efflo-reszenzen aus und waren daher zur Spirochätenkontrolle besonders geeignet. Zieler erwähnt bereits, unter gleichzeitiger Betonung der recht guten Wirkung des Präparates auf die Erscheinungen der Syphilis, daß in Primäraffekten Spirochäten nach 4—5 Injektionen gelegentlich noch vorhanden gewesen seien. Wir selbst haben in bereits trocken gewordenen, mittels des scharfen Löffels wieder eröffneten Papeln einmal vereinzelte Spirochäten noch am 14. Behandlungstage nach 5 Injektionen, und ziemlich reichlich solche in zwei weiteren Fällen nach 6 Injektionen am 16. bzw. 17. Tage der Behandlung nachweisen

Digitized by Google

Bisherige Behandlung	Behandlungsdauer	Art der Behandlung	Wassermann am Schluß der Kur L. E.	F. E.
unbehandelt	39	10 Novasurol + 1,7 Neosalv.		—
1 komb. Hg-Salvars.-Kur	36	10 „ + 1,9 „		—
unbehandelt	53	15 „ + 3.2 „		—
„	43	13 „ + 2.0 „	—	++
„	40	11 „ + 2.4 „	+	—
„	33	10 „ + 2,0 „	++	—
„	46	12 „ + 2,0 „	++	—
„	50	13 „ + 2.1 „	++	—
„	45	13 „ + 1.9 „		—
„	47	13 „ + 2,8 „		—
„	46	12 „ + 2.0 „		—
„	43	13 „ + 2,4 „	++	—
„	44	14 „ + 2.0 „	++	—
„	46	14 „ + 2.2 „	++	—
„	43	15 „ + 2,3 „	++	±
„	46	12 „ + 2.0 „	++	±
„	44	12 „ + 2.1 „	+	++
„	43	12 „ + 2.0 „		++
„	46	13 „ + 2,3 „		++
„	45	16 „ + 2,4 „		++
1 Inunkt.-Kur	45	14 „ + 2,7 „		—
unbehandelt	51	13 „ + { 0,7 Neosalv. 1,7 Salv.-Natr.		
1 Arsalytkur + Ugt. ciner.	41	8 „ + { 16,0 Ugt. cin. 2,3 Neosalv.	++	—
1 Arsalytkur	43	12 „ + 2,2 Neosalv.	++	—
unbehandelt	43	12 „ + 2.1 „	++	—
1 Inunkt.-Kur	46	12 „ + 2.3 „		++
1 komb. Kur	43	12 „ + 2,3 Salv.-Natr.		++
5 Kuren i. d. letzten 2 Jahren	45	8 „ + 2,5 „ „		++
unbehandelt	59	12 „ + 2,9 Neosalv.		++
3 Kuren (letzte kurz vorher)	33	8 „ + 1,9 „		++
3 Hg-Kuren	47	13 „ + 2,4 „		++
unbehandelt	43	13 „ + 2,0 „		++
„	44	11 „ + { 1,7 Neos. (intramusk.) Kal. jod.		++
„	46	12 „ + 2,7 Neosalv.	+	++
„	44	12 „ + 2.0 „		++
4 Hg-Kuren	46	12 „ + 2,9 „		++
unbehandelt	54	14 „ + 2,3 „		++

können. Diese Patienten noch weiter mit Novasurol allein bis zum definitiven Verschwinden der Spirochäten zu behandeln, konnte ich mich nicht entschließen. Immerhin wäre es nicht ohne Interesse, diesen Punkt vor allem an einem größeren Material noch weiter zu verfolgen. Ohne also auch hier ein generelles und definitives Urteil abgeben zu wollen, glaube ich doch trotz meiner geringen Erfahrungen schon heute sagen zu können, daß die Beeinflussung der Spirochäten durch das Novasurol nicht selten zu wünschen übrigläßt.

Trotz alledem scheint aber die Einwirkung des Novasurols auf die Lues im allgemeinen keine ganz unbedeutende zu sein;

Digitized by Google

denn, mochte nun die Vorbehandlung mit dem Mittel sich über eine kürzere oder längere Spanne Zeit erstreckt haben, und mochten vier und mehr oder auch nur drei Novasurolinjektionen gegeben worden sein, stets wurde die darauf folgende erste Salvarsaninjektion — gewöhnlich Dos. IV — ohne irgendwelche Reaktion vertragen, mit einer einzigen Ausnahme. Dieser Fall nimmt aber überhaupt eine Sonderstellung ein. Die sehr stattliche und wohlgenährte Patientin reagierte nämlich schon in der Vorbehandlungsperiode auf jede der drei Novasurolinjektionen mit Fieber zwischen 37,5—38,6 und Kopfschmerzen, und als ihr am neunten Tage bei völligem Wohlbefinden Neosalvarsan Dos. IV verabfolgt wurde, stieg die Temperatur auf über 39,0, um erst nach zwei Tagen wieder zur Norm zurückzukehren. Eine Ursache für die schlechte Verträglichkeit beider Medikamente, z. B. in Gestalt irgend einer anderweitigen Erkrankung, konnte bisher nicht ermittelt werden, so daß diese Erscheinungen zunächst doch wohl nur als rein toxische gedeutet werden können. Dies ist der oben erwähnte Fall, bei dem die Fortführung der Kur zunächst unterblieb[1]).

Ob es nun möglich wäre, das Initialfieber und sonstige Störungen bei der ersten Salvarsaninjektion selbst bei Verwendung einer größeren Dosis schon durch eine Vorbehandlung mit zwei oder gar nur einer Novasurolinjektion auszuschalten, haben wir leider nicht geprüft. Es wäre aber doch vielleicht ganz interessant, einmal die geringste Menge des Präparates zu ermitteln, die genügen würde, um einen reaktionslosen Verlauf der ersten Salvarsaninjektion zu gewährleisten.

Wie steht es endlich mit den serologischen Resultaten, die durch das Novasurol erreicht werden? Dieselben sind, soweit unser Krankenmaterial dazu verwendbar ist, in der nebenstehenden Tabelle zusammengestellt, zu der ich folgendes ergänzend bemerken möchte. Bei allen Patienten ist die Kur mit einer Salvarsaninjektion abgeschlossen und am gleichen Tage Blut zur Anstellung der Wassermannschen Reaktion entnommen; infolgedessen ist naturgemäß diese letzte Salvarsaninjektion bei der in der Tabelle angegebenen, auf Altsalvarsan umgerechneten Gesamtdosis in Abzug gebracht. Der Wassermann selbst ist nach der Originalmethode mit zwei Extrakten angestellt, nämlich dem von Lesser-Berlin (L. E.) und einem zweiten, vom Frankfurter Institut f. experim. Pathol. und Therap. (F. E.) hergestellten Extrakt. Dabei bedeutet ++ komplette Hemmung, + starke Kuppe. ± kleine Kuppe bzw. fast komplette Hämolyse, — komplette Lösung.

[1]) Nachtrag bei der Korrektur: Inzwischen hat sich bei der Patientin eine doppelseitige gonorrhoische Adnexerkrankung entwickelt, so daß obige Störungen wohl dieser Komplikation zur Last fallen.

Digitized by Google

Das in der Tabelle niedergelegte Material ist natürlich zahlenmäßig viel zu klein, um mit Prozentsätzen zu operieren oder gar weitgehende Schlüsse daraus zu ziehen. Es ist aber auch nicht ohne weiteres angängig, unsere Wassermann-Resultate mit denen Zielers zu vergleichen; letzterer spricht nämlich lediglich davon, daß bei frischen, papulösen Exanthemen die Reaktion durchschnittlich nach 14—15 Einspritzungen mit Novasurol in 30 Tagen negativ geworden sei. In der Tabelle sind dagegen Luesfälle aller Stadien vertreten, darunter nur ganz vereinzelte, die etwa den obigen Fällen Zielers entsprechen; und dazu kommt, daß das gesamte Material ausnahmslos kombiniert mit Salvarsan behandelt ist. Immerhin erscheint mir die Behauptung nicht zu weitgehend, daß unsere Resultate gegenüber den auffallend günstigen Ergebnissen Zielers im allgemeinen nicht recht befriedigen. Daß es niemals gelungen ist, bei Lues congenita tarda, bei Lues III, in der Spätlatenz, kurzum bei weit zurückliegender Infektion (F. 29—37) den positiven Wassermann in die negative Phase zu überführen, ist ja schließlich nicht weiter verwunderlich. Wenn aber unter 8 Fällen im frühen Latenzstadium (F. 21—28), von denen 4 bereits eine und einer in den Jahren 14—16 fünf Kuren durchgemacht hatten, am Abschluß der Kur nur zwei nach Wassermann negativ reagierten, und wenn ferner bei 20 Fällen von Lues I, I + II und II rezidiv. (F. 1—20), welch letztere, soweit ein Urteil möglich, fast ohne Ausnahme als erste Rezidive angesprochen werden mußten, mithin der frühen Sekundärperiode angehörten, nur sechsmal nach einer ungefähr sechswöchigen Novasurol-Salvarsankur eine negative oder fast negative Serumreaktion festgestellt werden konnte, so ist es wohl erlaubt, von einem nicht gerade günstigen Effekt zu sprechen.

Zusammenfassend möchte ich über das Novasurol folgendes sagen:

Die Injektionen mit Novasurol erfordern keine besondere Technik.

Die ziemlich häufig nach der Injektion sich einstellenden Schmerzen halten sich ganz überwiegend in erträglichen Grenzen und sind fast immer von kurzer Dauer. Infiltrate entwickeln sich am Ort der Injektion nicht.

Das Präparat ist auch von sonstigen Nebenwirkungen (Fieber, Exanthem usw.) nicht ganz frei, doch scheinen dieselben durchweg bedeutungslos zu sein.

Ein sicheres Urteil über die Beeinflussung der klinischen Symptome steht mir nicht zu. Die Spirochäten verschwinden nicht selten nur langsam, und die Wassermannsche Reaktion scheint auch bei Kombination mit Salvarsan selbst in frischeren

Digitized by Google

Fällen nur verhältnismäßig selten nach ungefähr sechswöchiger Behandlung negativ zu werden.

Das Mittel ist in erster Linie, wie ich übereinstimmend mit ZIELER betonen möchte, geeignet zur Einleitung energischer und zur Durchführung von Zwischen- bzw. von milden Kuren bei schwächlichen Syphilitikern und solchen mit empfindlichen oder anderweitig erkrankten inneren Organen.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Bd. 24, 1917, H. 6.

Zur Klinik bei Pseudoleukämie und bei Mycosis fungoides, von R. POLLAND-Prag. Mitteilung eines Falles, welcher zunächst das Bild einer Pityriasis rubra bot, im weiteren Verlaufe aber Hauttumoren, Drüsenschwellung, Haarausfall, Milztumor, Lymphozytose bekam. Anschließend nimmt der Verf. Gelegenheit, eine scharfe Trennung der beiden Krankheitsbegriffe, Mycosis fungoides und leukämische Hautveränderungen vorzunehmen.

Über das Vorkommen von Allgemeinerscheinungen, insbesondere Blutveränderungen, bei Lichen ruber planus, von R. PONTOPPIDAN-Kopenhagen. Bei einem Teile der untersuchten Fälle zeigte sich eine gewisse Vermehrung der weißen Blutkörperchen. Die Leukozytose beruht am häufigsten auf einer Vermehrung der Lymphozyten. Auch in Fällen, wo die Gesamtzahl der weißen Blutkörper normal ist, konnte eine Verschiebung der Prozentzahlen der einzelnen Zellformen gegen eine relative Lymphozytose nachgewiesen werden.

Pigmentveränderungen der Haut und Haare bei Alopezie infolge von Verletzungen des Zentralnervensystems, von RUDOLF GOLDMAN-Iglau. Die drei Fälle, welche der Verf. anführt, hatten Kopfverletzungen erlitten. Neben nervösen Störungen zeigte sich in zwei Fällen symetrischer Pigmentschwund, im dritten Falle ein Ergrauen der Kopfhaare.

1917, H. 8—9.

Über glyzerinfreie Schüttelmixturen: Cremor Zinci und Lac Zinci, von R. HERXHEIMER und E. NATHAN. Der Ersatz des Glyzerins geschieht durch Fettemulsionen.

Über die Verwendung der PONNDORFschen Tuberkulinbehandlung in der Dermatologie, von MUSCHTER-Hamburg. Tuberkulinbehandlung eignet sich zur Heilung von Tuberkuliden, kalten Abszessen, Fisteln, tuberkulösen Gummen, Drüsenprozessen, skrofulösen Haut- und Augenaffektionen. Weniger gute Resultate ergeben Skrofuloderma, Tuberculosis cutis und Lupus. Bei offner Tuberkulose der Lungen versagt die Behandlung. Die Technik bestand in der Anlegung von 3—4 cm langen, sich überkreuzenden Skarifikationen am Oberschenkel, in welche ein Tropfen „Alttuberkulin" eingerieben wurde.

Atrophia cutis maculosa unter dem Bilde einer Dermographia selecta persistens, von NORBERT SCIPAL-Innsbruck. Bei einem 20jährigen Patienten war im ersten Lebensjahre ein fleckiger Ausschlag aufgetreten, welcher bis zum sechsten Jahre sich stärker ausbreitete. Zurzeit bestehen am ganzen Körper linsen- bis zweihellerstückgroße Herde von blaßroter bis livider Farbe von papierdünner narbiger Beschaffenheit. Durch Reiben

Digitized by Google

werden die Herde sowie ihre Umgebung lebhaft gerötet, durch noch stärkere Reizung zur Quaddelbildung veranlaßt, die einige Stunden anhielt. Die gleiche Reaktion zeigen die Herde nach Heißluftbehandlung, frischen Bädern, Quarzlicht und Sinapismen.

Haarpinselbildung auf der sonst vollkommen haarlosen Kopfhaut eines kongenital syphilitischen Kindes, von Friedoes-Rostock. An der vorderen Hälfte des Kopfes fanden sich acht unregelmäßig verteilte Haarbüschel von 5—12 cm Länge, welche wie in die Haut implantierte kleine Pinsel aussahen.

Elefantiasis des Penis, von Max Hesse-Graz. Die Elefantiasis war das Resultat einer vernachlässigten Paraphimose bei einem Blennorrhoiker.

Ein Fall von Akrodermatitis chronica atrophicans (Herxheimer) mit sekundären Infiltrationen und Ulzerationsbildung, von Svend Lomholt-Kopenhagen. Klinische und histologische Untersuchung eines Falles.

Beitrag zur Behandlung der Syphilis durch die kombinierte Neosalvarsan-Hg salicyl.-Kur, von H. E. Ruete-Marburg. Kombinierte Neosalvarsan-Hg-Injektionen werden gut vertragen. Dermatitis und Abszeßbildung kommen mitunter vor. In einem Falle trat auch anscheinend der Tod durch Herzschwäche ein. Die Menge des Neosalvarsans ist dabei nicht ausschlaggebend. Die beste Behandlung besteht in der Verabfolgung von 8 Neosalvarsan (0.6), 10—12 Hg-Salizylinjektionen (0,1). Bei Rezidiven ist die Kur zu wiederholen. Unter den Fällen wurden 6 klinische und 15 serologische Rezidive bei I. und II. Lues beobachtet. 15 Fälle waren bis zu 11 Monaten rezidivfrei. Fünf Reinfektionen kamen nach $^1/_4$—1 Jahr wieder zur Behandlung, einmal kam auch nach einer siebenten Neosalvarsaninjektion ein Pseudoprimäraffekt mit Spirochäten auf. Bei schnellem Auftreten des Wassermann-Rezidivs ist die Umstimmung sehr schwer.

Die Fokalreaktion nach der Tuberkulininjektion beim Lupus vulgaris, von Aage L. Fönss-Kopenhagen. Von 69 Fällen reagierten 52, 4 überhaupt nicht. Als normale Dosierung soll in der Weise vorgegangen werden, daß man von 1 dmg bis 5 dmg bis $2^1/_2$ mg bis 5 mg ansteigt. Bei polyregionärem Lupus reagieren selten alle Herde, in 23 Fällen nur fünfmal.

Zur Entstehungsweise der Warzen, von Carl Cronquist-Malmö. Warzen sind die Folge lokaler Irritation bei besonders zu dieser Bildung disponierten Individuen.

H. Vörner-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Beitrag zur Kriegschirurgie der Blase, von Carl Flechtenmacher-Innsbruck. W. kl. W., 1916, Nr. 27.) Bericht über drei Fälle. In allen konnte durch die Zystoskopie der Sitz des Geschosses in der Blase festgestellt und durch Sectio alta entfernt werden. H. Vörner-Leipzig.

Schußverletzungen der Harnblase, von Fritz Geiges-Freiburg. (Beitr. z. klin. Chir., 1917, Bd. 105, H. 3.) Der Verfasser resumiert: Blasenverletzungen stellen seltene Verletzungen dar. Man unterscheidet intra- und extraperitoneale Verletzungen. Intraperitoneale Verletzungen sind nur vereinzelt beschrieben. Die Prognose der extraperitonealen Verletzungen ist nicht besonders schlecht. Aus der Verlaufsrichtung des Schußkanals können wir keinen Schluß ziehen auf eine etwa vorhandene Blasenverletzung. Auch bei vorhandener Blasenverletzung können sichere Zeichen einer solchen zuerst fehlen oder überhaupt ganz ausbleiben. Ist ein extraperitonealer Blasenschuß festgestellt,

Digitized by Google

so ist zunächst abwartendes Verhalten am Platze. Von primären größeren Eingriffen, vor dem Dauerkatheter bei der Möglichkeit spontanen Urinierens ist zu warnen. Der Verlauf einer Blasenverletzung ist im wesentlichen davon abhängig: handelt es sich um einen Durchschuß oder um einen Steckschuß in oder neben der Blase, sind Nebenverletzungen von seiten des Beckens oder des Mastdarmes vorhanden. Die Urinphlegmone und der paravesikale Abszeß erfordern rasches Eingreifen. Die Ausbildung von Fisteln tritt selten ein, die Neigung zum spontanen Schluß ist in der Regel eine große, mit einer einzigen Ausnahme: der Blasen-Mastdarmfisteln. Diese erfordern operative Behandlung ebenso wie die Steckschüsse in der Blase und die diesem gleich zu wertenden um einen Sequester als Kern gebildeten Steine. W. Chrzelitzer-Posen.

Über chronische Zystitis, von G. Praetorius-Hannover. (M. Kl., 1916, Nr. 12.) Praetorius polemisiert energisch gegen die fast allgemein übliche Einteilung der Zystitisfälle in „akute" und „chronische" Zystitis. Seinem Erachten nach gibt es diagnostisch und therapeutisch nur eine Differenzierung zwischen „Zystitis mit" und „Zystitis ohne Komplikationen". Die einfache oder inkomplizierte Zystitis ist die isolierte Entzündung einer bis dahin anatomisch und physiologisch intakten Blase, und jede derartige Zystitis heilt in kurzer Zeit. Ohne die interne resp. expektative Therapie ganz zu verwerfen, ist Praetorius doch in diesen Fällen auch für frühzeitige, zweckmäßige Lokalbehandlung, bei der allerdings jede Verletzung oder Reizung (durch Überdehnung) vermieden werden muß. Unkomplizierte Zystitiden, die monatelange Behandlung erfordern, gibt es nach Praetorius nicht. Bei der komplizierten Zystitis heißt es vor allem die Ursache der Komplikation, welche die lange Dauer der Erkrankung veranlaßt, zu finden. Die hier in Betracht kommenden ätiologischen Momente teilt Praetorius in 3 Gruppen, deren jede Unterabteilungen hat. Es sind 1. Verletzungen, Tumoren und Fremdkörper der Blase (Steine). 2. Retentionen, hervorgerufen durch a) mechanische Abflußhindernisse, b) nervöse Erkrankungen, c) Erkrankungen der Blasenmuskulatur, d) Divertikel und 3. fortgeleitete Entzündungen. A. per kontinuitatem α) Niere-Ureter (Tuberkulose usw.), β) Harnröhre, Prostata, Vas deferens (Blennorrhoe, Tuberkulose usw.), γ) Fisteln. B. per contiguitatem (Oophoritis, Appendizitis oder sonstige Abszesse usw. in der Nähe der Blase.) In manchen Fällen überdauert die komplizierte Zystitis die Beseitigung des ätiologischen Momentes, wenn nämlich die Blasenwand oder das umgebende Bindegewebe bereits allzusehr von Bakterien und Infiltraten durchsetzt ist („Parazystitis"). Diese Zweiteilung gilt unbegrenzt nur beim Manne; bei der Frau gibt es infolge von Zirkulationsstörungen auch hartnäckige Formen chronischer Zystitis ohne Komplikationen. Sonst trifft das Schema auch fast restlos auf die Zystitis bei der Frau zu.

O. Lasch-Breslau.

Kolonbazillus-Infektion der Blase, von Robert T. Morris-New York. (New York m. J., 1. April 1916.) In vielen Fällen von Invasion der Blase mit dem Bacillus coli ist die Anwesenheit desselben ein ganz unerwarteter, das liegt wohl zum Teil daran, daß bis in die neuere Zeit eine systematische Untersuchung des Urins auf Kolonbazillen nicht üblich war. Eine kleine Abweichung von der sonst üblichen, bakteriologischen Technik ist zur Ermittlung derselben erforderlich. Was den Weg betrifft, auf welchem der Kolonbazillus in die Blase gelangt, so werden in vielen Fällen von Magendarmstörungen lebende Kolonbazillen in großer Menge durch die Nieren ausgeschieden und diese Keime können eine Bazillurie hartnäckigster Form so lange aufrechterhalten, bis die Magendarmstörung beseitigt ist. Bei Kindern speziell kann der Bacillus coli hartnäckige Zystitis mit Rückfällen bewirken und diese Kolizystitis zu allgemeinen Ernährungsstörungen, welche allen therapeutischen Allgemeinmitteln trotzen, führen. In anderen Fällen handelt es sich ohne Zweifel um eine direkt auf dem Wege der Harnröhre auf-

Digitized by Google

steigende Infektion, besonders bei Frauen mit Kolonbazillus-Invasion der Scheide, einem Zustande, der viel häufiger vorkommt, als manche Praktiker glauben, und eine gewöhnliche Ursache für Sterilität wegen der spermatozoenzerstörenden Wirkung des hochgradig saueren Scheidensekrets abgibt. Eine Anzahl von Fällen von Enuresis nocturna, die von Hypothyeroidismus allein abhängig gemacht wird, können als sekundäre Komplikation Kolonbazillus-Zystitis haben. In manchen Fällen von linearem Geschwür der Harnröhre bei jungen Frauen und in manchen von chronischer Entzündung der Prostata bei Männern findet man auch den Bacillus coli und es erhebt sich die Frage, ob es sich in solchen Fällen um eine terminale Infektion, welche primär durch irgend ein anderes Bakterium ermöglicht wurde, handelt oder ob der Bacillus coli der erste Missetäter ist und den Boden für andere Keime vorbereitet. In der Praxis beansprucht also der Bacillus coli nicht nur wegen der direkten Behandlung der von ihm verursachten Zystitis Beachtung, sondern auch wegen der entfernten Infektionsherde, ebenso wegen der Frage der Allergie und der Tatsachen verminderter Resistenz gegenüber dem Kolonbazillus, wie sie offenkundig bei verschiedenen Individuen zutage getreten ist.

M. Stern-München.

Pyelozystitis und metastasische Abszesse als Folge von Tonsillitis, von H. Brooker Mills-Philadelphia. (New York m. J., 15. April 1916.) Der von M. beobachtete Fall betraf einen 2 Jahre alten Knaben, der an Mandelentzündung, begleitet von hohem Fieber (39° C), erkrankte. 3 Tage später war dieselbe tatsächlich geheilt, aber das Kind war noch sehr unruhig, hatte keinen Appetit usw., nach weiteren 4 Tagen stieg die Temperatur wieder auf 39,5° C und blieb einige Tage auf dieser Höhe, bis sie wieder normal wurde, ein paar Tage so blieb, um dann wieder auf 39—40° C zu steigen. Obwohl diese Temperaturkurve ganz charakteristisch für Pyelozystitis ist, wurde die Krankheit von den verschiedenen Ärzten nicht erkannt, sondern auf Influenza, Typhus, Enteritis die Diagnose gestellt. Neben den Fiebererscheinungen waren leichte Schwellungen an der Innenseite des linken Fußes, am Metatarsophalangeal-Gelenk der rechten großen Zehe und an er Dorsafläche der linken Hand vorhanden; all diese Schwellungen entwickelten sich in der Folge zu Abszessen, welche geöffnet und drainiert werden mußten. Der Eiter aus diesen Abszessen zeigte eine Reinkultur von Staphylococcus albus, ebenso der bei wiederholten Urinuntersuchungen gefundene Eiter und auch die wegen Tonsillitis-Rezidive entfernten Tonsillen ergaben beinahe eine Reinkultur des Staphylococcus albus. Es kann daher für M. keinem Zweifel unterliegen, daß der ätiologische Faktor für die Nierenbeckenentzündung in der Mandelentzündung liegt und die metastatischen Abszesse Kompliktionen der Pyelozystitis waren und der Staphylococcus albus der gemeinsame Krankheitserreger war. M. hat in jüngster Zeit zwei ähnliche Fälle beobachtet, wovon bei dem einen Tonsillitis, bei dem anderen Otitis die Ursache für Pyelozystitis abgaben.

M. Stern-München.

Über die Behandlung der Blasenpapillome mit hochfrequenten elektrischen Strömen, von Einar Key. (Nord. med. Arkiv, 1915, H. 3.) Verfasser berichtet über 6 Fälle mit Blasenpapillomen, die er mit hochfrequenten Strömen mit einem Apparat von Loewenstein-Berlin behandelt hat. Er gibt die Technik genau an und rühmt die Erfolge. Diese Operation hat vor anderen endovesikalen Methoden den großen Vorteil, daß sie leicht auszuführen ist, und daß jeder, der gewohnt ist, zu zystoskopieren, diese Methode ohne Übung beherrscht. Die Geschwulst kann effektiver behandelt werden, als durch andere endovesikale Operationsmethoden und die Gefahr einer Blutung scheint gering zu sein.

W. Chrzelitzer-Posen.

Neue Methoden zur Behandlung der Blasenpapillome, von G. Praetorius-Hannover. **(M. Kl., 1916, Nr. 24.)** Aus der Differenz der Ansichten über die Natur der

Digitized by Google

Blasenpapillome, besonders ihre Gutartigkeit resp. Bösartigkeit resultiert auch für die Therapie immer noch eine Verschiedenheit des Vorgehens. Während einige Autoritäten (wie v. Frisch und Kümmell) immer noch für die blutige Operationsmethode mittels der Sectio alta sind, spricht sich die überwiegende Zahl der Verfasser für die unblutige, intravesikale Methode aus, indem sie dem blutigen Eingriff schuld geben an den häufigeren (d. h. im Verhältnis zu dem unblutigen Vorgehen) Rezidiven und der Tendenz zu enorm generalisiertem Wachstum neuer Tumoren. Praetorius präzisiert seinen Standpunkt in folgender Weise: Alle deutlich gestielten Papillome, bei denen zystoskopisch keine Infiltration der Umgebung nachweisbar ist, sind für die intravesikale Methode geeignet, während bei alten, zystoskopisch auch nur verdächtigen Tumoren die blutige Entfernung — dann allerdings, wenn irgend möglich, mit Resektion des entsprechenden Teiles der Blasenwand für geboten scheint. Von diesem Gesichtspunkte aus bringt er zwei neue Methoden in Vorschlag mit der Bitte um Nachprüfung, da er hofft, daß dieselben sich bewähren und zu einer weiteren Einschränkung der blutigen Operationsmethoden bei Blasenpapillomen führen werden. Die erste dieser Methoden ist die subkutane oder intravenöse Injektion von Mammin (Poehl). Der Erfolg dieser Injektion war in bezug auf die Blutungen ein fast verblüffender, während die Tumoren selbst in ihrem Wachstum wenig beeinflußt wurden; doch kann bei sistierender Blutung die endovesikale Behandlung leichter durchgeführt werden. Vier Krankengeschichten erläutern das Vorgehen und die Erfolge bei der Mamminbehandlung. Die zweite Methode besteht in der Nekrotisierung der Papillomzotten durch chemische Mittel. 1—2%ige Höllensteinlösungen bringen durch oberflächliche Verschorfungen zuweilen schwache Blutungen zum Stehen, ohne daß dadurch ein stärkeres Abstoßen der Zotten erreicht wird. Letzteres wäre wohl mit hochprozentigen Höllenstein- oder Resorzinlösungen zu bewirken, aber dann ungeheuer schmerzhaft und nicht ungefährlich. Dagegen hat sich dem Verfasser die 20%ige Kollargollösung, auf die durch eine zufällige Beobachtung seine Aufmerksamkeit gelenkt worden war, zu diesem Zwecke sehr ausgezeichnet bewährt. Nach Entleerung der Blase wurden 5,0 g einer 20%igen Kollargallösung injiziert, und das Verfahren am nächsten oder übernächsten Tage wiederholt. Bald nach der Injektion fanden sich im Urin Papillomzotten mit Kollargol imbibiert; auf diese Weise gelang es in einigen Fällen ziemlich schnell den ganzen Tumor zum Abstoßen zu bringen. Schädliche Nebenwirkungen — abgesehen von gelegentlich auftretender, leicht zu bekämpfender Zystitis — hat Verfasser nie gesehen. Unmittelbar nach der Injektion tritt bisweilen — ähnlich wie bei 1%igen Höllensteinlösungen — ein 1—2 Stunden lang anhaltender Tenesmus ein, der bei empfindlichen Patienten durch Morphium oder Alypin bekämpft werden kann. Praetorius sieht die Hauptbedeutung seiner beiden Methoden, besonders der Kollargol-Methode nicht darin, daß es bisweilen gelingt, den ganzen Tumor ohne den blutigen und nicht ungefährlichen Eingriff mittels der Sectio alta zu beseitigen, sondern in der Möglichkeit der Nekrotisierung der zu Blutungen neigenden Zotten, wodurch dann die Koagulationsmethode erleichtert wird. Er präzisiert seine Behandlungsmethoden in folgender Weise. Für Mammin: an zwei aufeinanderfolgenden Tagen je 1 Ampulle intravenös. Wiederholung nach Bedarf. Für Kollargol: je ca. 5,0 g einer 20%igen Lösung werden an 2 aufeinanderfolgenden Tagen (oder am 1. und 3. Tage) mittels dünnen Katheters in die gut entleerte und anästhesierte Blase injiziert. Patient soll die Lösung so lange als möglich in der Blase behalten. Während der Folgezeit Ausspülungen der nekrotischen Zotten, event. Verweilkatheter. Wiederholung der Behandlung, wenn nötig, nach etwa einer Woche. In schweren Fällen kann man Mammin und Kollargol kombinieren. Was die Nierenpapillome anlangt, deren sichere Diagnose immer erst nach Freilegung und Spaltung der Niere möglich sein wird, so glaubt Praetorius, daß man

Digitized by Google

sich mit der Entfernung der sicher als gutartig erkannten Tumoren wird begnügen und unter Erhaltung der Niere mit Kollargol weiter behandeln können.

O. Lasch-Breslau.

Behandlung der Blasen- und Harnröhren-Papillome, von Geza Greenberg-New York. (New York m. J., 16. Sept. 1916.) In den letzten fünf Jahren hat sich statt der früheren Methoden der Exzision oder Kauterisation (intravesikal oder nach hohem Blasenschnitt) die Fulguration der Blasenpapillome immer mehr eingebürgert. Wenn die Geschwulst sehr groß ist, ist der bipolare Strom wegen seiner stärker penetrierenden Wirkung vorzuziehen, während für kleinere Tumoren der monopolare genügen kann; es muß natürlich acht gegeben werden, die Blasenwand nicht zu verletzen. Die Wirkung des Arsonvalschen Stromes kann nicht so gut kontrolliert werden, wie jene des Oudinschen; letzterer ist für alle Harnröhren-Polypen und -Papillome genügend. Die Technik ist eine verschiedene, je nachdem der mono- oder bipolare Strom angewendet wird. In jedem Falle ist ein Katheter-Zystoskop anzuwenden; durch eines der Katheter-Kanäle wird ein Nr. 6 isolierter Kupferdraht durchgezogen, dessen Blasenende zu dem zu zerstörenden Tumor geht. Die Expositionszeit hängt vom Sitz und der Zahl der Zotten und der Empfindlichkeit der Geschwulst ab; die Behandlung sollte einmal innerhalb 10—14 Tagen stattfinden. Bei der Fulguration muß man immer versuchen, die Geschwulst an der Basis zu treffen; je weiter vom Blasen-Schließmuskel entfernt, um so leichter ist dieselbe zu zerstören. Wenn ein Papillom so liegt, daß es für die gewöhnliche zystoskopische Methode nicht erreichbar ist, so muß der obere Blasenschnitt gemacht und dann der Arsonvalsche Strom angewendet werden. Bei Behandlung der Harnröhren-Papillome muß man sehr vorsichtig bezüglich der Stärke des Stroms sein — wegen der großen Wahrscheinlichkeit der Strikturbildung; G. erlebte eine solche in der Fossa navicularis drei Wochen nach der Fulguration. Mag dieselbe mehr Heilerfolg haben als die offene (Operations-)Methode oder nicht, jedenfalls ist sie ebenso radikal wie diese und hat dabei den Vorteil, mehr konservativ zu sein, und bei Rezidiven kann sie beliebig oft ohne Schaden für des Patienten Leben wiederholt werden. Einige Urologen berichten über Blutungen, welche der Fulguration nachfolgen; G. hat keine irgendwie bedrohlichen Blutungen erlebt, verordnet übrigens Bettruhe, wenn solche vorkommen, und in allen Fällen, ob Blutung eintritt oder nicht, läßt er Cotarninum hydrochl., gemischt mit Fluidextrakt von Secale cornutum, 3—4mal täglich nehmen.

M. Stern-München.

Behandlung der Blasen-Tumoren, von J. T. Geraghty-Baltimore. (New York m. J., 28. Okt. 1916.) Die Auswahl für geeignete Behandlung von Blasengeschwülsten hängt von vielen Umständen, wie vor allem Natur derselben, Sitz, Ausdehnung, Zahl der Tumoren, Metastasen, Komplikationen ab. Nach den Erfahrungen, die G. in den letzten Jahren in seiner Klinik gemacht hat, sollten gut- und bösartige Papillome hauptsächlich mittels Fulguration behandelt werden; Exzision und Resektion nur dann in Betracht kommen, wo intravesikale Behandlung unmöglich oder sehr schwierig ist. Radium war eine wertvolle Beihilfe bei der Behandlung, speziell der bösartigen Papillome, und die besten Resultate wurden erzielt, wenn das Radium direkt gegen die Geschwulst gelegt wurde. Handelt es sich um ein papilläres Karzinom, so sollte die Resektion mittels einer Technik, welche die Gefahren der Überimpfung oder Rezidive auf ein Minimum reduziert, vorgenommen werden; Radium hat bei dieser Art Tumoren keine ermutigenden Resultate gegeben, um dessen Anwendung der Operation in Fällen, wo diese möglich ist, den Vorzug zu geben. Nach der Operation sollte bald und dann in regelmäßigen Zwischenräumen, wenigstens im ersten Jahre, die Zystoskopie vorgenommen werden, und wenn Rezidive festgestellt sind, können sie gelegentlich mit Erfolg mittels

Digitized by Google

Kombination von Fulguration und Radium behandelt werden. Zystektomie kommt nur in ganz wenigen, meist verzweifelten Fällen in Betracht. Leider muß auch G. konstatieren, daß ein großer Prozentsatz von Fällen — 69 von seinen 180 Fällen von Biasengeschwülsten — mit einer solchen Ausdehnung zur Behandlung sich stellen, daß an irgend eine eingreifendere Therapie nicht zu denken, sondern nur palliative Mittel anzuwenden sind. M. Stern-München.

Tumoren der Blase; ihre Pathologie und spezielle Berücksichtigung der Diagnose von Papillom und Karzinom, von Leo Buerger-New York. (New York m. J., 28. Oktober 1916.) B. gruppiert die verschiedenen Arten von Blasen-Papillomen und -Karzinomen folgendermaßen: 1. einfache, 2. infiltrierte Papillome, 3. Papillome mit beginnender krebsiger Veränderung, 4. primäres papilläres Karzinom und 5. primäres squamöses Zellkarzinom, letztere beiden wieder mit verschiedenen Unterabteilungen, je nach dem vorherrschenden mikroskopischen Bilde. Aus dem Studium von insgesamt 113 Fällen, wovon 55 Papillome, 45 papilläre Karzinome, 5 squamöse Karzinome, 2 metastatische Karzinome und 6 Sarkome waren, ergab sich für B. der zweifellose Schluß, daß in fast allen Fällen auf rein pathologisch-histologischer Basis eine Differentialdiagnose zwischen Papillom und Karzinom gemacht werden kann. Gewisse morphologische Kriterien, die als charakteristisch für jede bösartige Neubildung gelten, wurden in Teilen der Geschwülste, soweit sie durch zystoskopische Instrumente erreichbar waren, und soweit entsprechende Stücke zur histologischen Untersuchung entfernt werden konnten, gefunden und sind als feststehend für das Vorhandensein bösartiger Veränderungen in einer Geschwulst anzusehen. Diese Veränderungen sind nicht, wie bisher angenommen wurde, in den tiefen Geschwulstschichten, wo sie unseren diagnostischen Methoden schwer zugängig wären, sondern zuerst im Epithel, nicht weit von der Oberfläche, mit oder ohne Infiltrationsherde, vorhanden. Dieselben bestehen aus Zellen, die unregelmäßig an Form und Größe, Kernen, die reich an Chromatin, Zellen mit atypischen Mitosen, Riesen- und vielkernigen Zellen. Deutliche Zeichen karzinomatöser Veränderung sind auch zu finden in einem gestörten Verhältnis der Zellen zueinander, einem Verlust der typischen Pallisaden-Anordnung der Zellen, in der Anwesenheit langer fusiformer oder komprimierter Zelltypen, von Zellen in den Kapillaren und schließlich in dem Vorkommen von Epitelzellen in der Submukosa oder Muskelschichten der Blasenwände. Die histologische sowie die klinische Beobachtung hat Verfasser die völlige Bestätigung geliefert, daß eine Umwandlung von Papillom in Karzinom sicher vorkommen kann, ja daß diese Umwandlung sogar sehr häufig ist und in wenigstens 13 (ca. 25%) von 52 Karzinomfällen bewiesen werden konnte. Kurz eine glaubwürdige, sichere Diagnose und die Möglichkeit, zwischen Karzinom und Papillom zu unterscheiden, hängt von der Gelegenheit ab, Untersuchungsmaterial zu erhalten und von der Geschicklichkeit, die obigen, für die Bösartigkeit charakteristischen Merkmale zu erkennen. M. Stern-München.

Verschiedenes.

Dr. Ernst Nathan hat sich in Frankfurt a. M. für Haut- und Geschlechtskrankheiten habilitiert.

Prof. Hugo Lohnstein in Berlin, Mitbegründer der Zeitschrift für Urologie, ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

2. März 1918 | Nr. 9 | Band 66

Untersuchungen über Sitz der genitalen Geschwüre beim Manne.

Von

Dr. Hugo Hecht in Prag.

(Mit 4 Abbildungen.)

I.

In einem großen Zentralspital für geschlechtskranke Soldaten tätig, war es mir aufgefallen, daß einige der Kranken im Laufe von zwei Jahren zwei- bis dreimal mit Geschwüren in Behandlung kamen, die stets den gleichen Sitz hatten wie die ersten. Da nun einmal meine Aufmerksamkeit auf diese gewiß nicht allzu seltene Erscheinung gelenkt war, widmete ich der Lokalisation von Geschwüren erhöhte Aufmerksamkeit. Es stellte sich bald heraus, daß die gewöhnliche Art, den Sitz zu beschreiben, oder eine Zeichnung unmöglich eine gute Übersicht gewähren konnten. Nach mancherlei Versuchen gelangte ich zu folgender Methode:

Man denkt sich durch das Glied eine Ebene gelegt, die gerade in der Vertikalen des Körpers gehend die Harnröhre trifft und das Glied in zwei gleiche Hälften teilt. Senkrecht zu dieser Ebene geht eine zweite und noch zwei weitere senkrecht aufeinander stehende, die zu der ersten um 45° verschoben sind. Dadurch zerfällt das Glied der Länge nach in acht Streifen, die sich nach der Eichelspitze zu verjüngen und an der Harnröhrenmündung zusammentreffen: die Streifen bezeichne ich oben links neben der Mittellinie mit 1 beginnend und im Sinne des Uhrzeigers weitergehend fortlaufend bis 8.

Dann denkt man sich noch das Glied der Quere nach geteilt. Die Eichel gerade in der Mitte, so daß diese Ebene senkrecht zu den früheren steht; so erhält man die Flächen I und II. Das Innenblatt der Vorhaut ist III, das Außenblatt IV; der Gliedschaft wird nun von Zentimeter zu Zentimeter fortlaufend bezeichnet (V, VI eventuell VII, VIII usw.). Die Eichelrinne wird mit S (Sulkus) bezeichnet, das Bändchen mit F (Frenulum), die Umschlagstelle der Vorhaut mit M (Margo). Bei Geschwüren der Eichelrinne empfiehlt es sich, wenn sie auf die Eichel, das Innenblatt oder Bändchen übergreifen, das in Form eines Index zu dem Buchstaben S näher zu bezeichnen (S. gl., S. i., S. f.).

Digitized by Google

Auf diese Weise zerlegt man sich in übersichtlicher Art die Oberfläche des Gliedes in lauter etwa 1 ccm große Teile, wenn man von der Eichelspitze absieht, wo die Teile kleiner sind. Dadurch wird die Lagebestimmung leicht und einfach. Nach kurzer Zeit hat man sich das System angewöhnt, so daß die Bestimmung fast augenblicklich erfolgen kann. Daß es für die Verzeichnung in der Krankengeschichte kürzer ist, I 4 hinzuschreiben statt wie früher genau anzugeben „an der Unterseite der Eichel links neben der Mittellinie in der Nähe der Harnröhrenmündung" ist offensichtlich. Statt zu schreiben: „etwa 1 cm rechts von der Mittellinie zieht sich ein Geschwür vom Innenblatt über die Rinne zur Eichel" heißt es nach unserer Einteilung Si—S—Sgl 7. Wollte man V 1—2 bis VI 1—2 genau beschreiben, dann hieße es etwa: „links von der Mittellinie an der Gliedwurzel ungefähr 2 cm lang und ebenso breit".

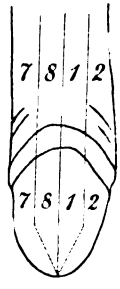


Fig. 1.

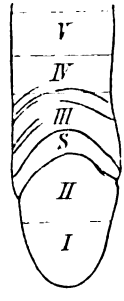


Fig. 2.

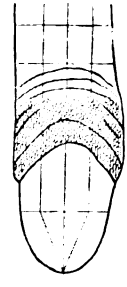


Fig. 3.

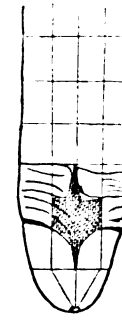


Fig. 4.

Nur dieses System ermöglichte es mir, Hunderte von Geschwüren genau zu verzeichnen und übersichtlich zusammenzustellen. Den einen Teil meines Materials sammelte ich in Prag (159), den anderen (235) in einem Feldspital, das die Geschlechtskranken mehrerer Divisionen zum Abschub aufnahm. Die Ergebnisse dieser beiden Gruppen ließen untereinander keine wesentlichen Unterschiede erkennen.

An 215 Kranken stellte ich 277 **Primäraffekte** fest. Davon entfielen 115 auf die Eichelrinne. Besonders gehäuft traten die Geschwüre in den beiden Feldern 8 und 1 (44mal), also oben in der Mitte und zu beiden Seiten des Bändchens (27mal) auf. Daran schließen sich die Felder 7, 2 und 6.

Am Innenblatt saßen 54 Geschwüre, besonders häufig in den Feldern 7, 2, 8, 1. Faßt man diese Felder zusammen, dann sieht man, daß mehr als $^2/_3$ aller am Innenblatt beobachteten Geschwüre (38) an der oberen Hälfte sitzen.

An der Umschlagstelle der Vorhaut waren 14 Geschwüre, davon 11

Digitized by Google

im oberen Anteil (Felder 7—2). Gerade am Bändchen saßen 26 Geschwüre.

Auf die vier soeben beschriebenen Vorzugsstellen — Rinne, Innenblatt, Bändchen und Umschlagstelle — entfallen 209 Geschwüre, also gerade $^3/_4$ aller. In den Feldern 7—2 und 4, 5 nebst dem dazwischen liegenden Bändchen finden sich 196 Geschwüre, demnach ebenfalls fast $^3/_4$ der Geschwüre.

In 13 Fällen von Phimose ließ sich keine genaue Bestimmung des Sitzes durchführen. Als besondere Lokalisationen fand sich einmal die rechte Tonsille, einmal Zeige- und Mittelfinger der linken Hand, viermal die Harnröhrenmündung und fünfmal die Harnröhre als Sitz des Primäraffektes.

Ähnliche Untersuchungen wurden schon veröffentlicht. Besonders erwähnenswert ist die aus der Neumannschen Klinik — angeführt nach dem Handbuch der Geschlechtskrankheiten —, in der die Sklerosen (1204) einer Beobachtungszeit von 10 Jahren bezüglich ihres Sitzes zusammengestellt sind. Es ergab sich:

Lamin. int. praep. . . .	309	Lamin. int. et fren. . . .	22
Sulc. coron.	226	Scrotum	14
Margo praep.	97	Sulc. cor. et fren. . . .	13
Sulc. cor. et lam. int. .	90	Glans et fren.	13
Frenulum	78	Glans et orif. urethr. . .	11
Lam. ext. praep. . . .	71	Raphe penis	10
Cutis penis	62	Sulc. coron. et marg. praep.	6
Glans	53	Margo praep. et glans . .	5
Urethra	47	Orif. urethr. et fren. . .	3
Sulc. coron. et glans . .	35	Mons ven. et scrot. . . .	3
Lamin. int. et glans . .	34	Mons ven. et glans . . .	2

Freeland faßt die Erfahrungen mehrerer Autoren dahin zusammen, daß der Primäraffekt in 73% aller Fälle auf der Vorhaut oder der Furche sitzt. C. Alexander fand in 72% seiner Fälle denselben Sitz.

Fournier fand unter 434 Fällen:

Eichel und Präput.	314
Haut des Membrum	60
Harnröhrenmündung	32
Intraurethraler Schanker	17
Skrotum	7
Penoskrotalfurche	4

179 Kranke hatten 299 **weiche Schanker.** Es wäre nicht schwer gewesen, mehr Fälle zu verzeichnen; doch geschah dies nur bei ganz frischen Fällen, wo sich das erste Geschwür genau bestimmen ließ.

Digitized by Google

98 Geschwüre saßen in der Rinne, besonders häufig neben dem Bändchen (32). Daran reihten sich an Häufigkeit Feld 7 (12 Fälle), 8 (12 Fälle), 2 (10 Fälle). Bei weichen Geschwüren war die obere Hälfte der Rinne nicht so überaus häufig befallen wie bei den Primäraffekten; in der unteren Hälfte fanden sich hier 51, in der oberen 47 Geschwüre.

Am Innenblatt kamen 62 Geschwüre vor, am häufigsten im Feld 1 (13mal). Aber im allgemeinen sind hier die einzelnen Felder nicht so verschieden. Auch am Innenblatt eher ein Überwiegen der unteren Hälfte (33) gegenüber der oberen.

Die Umschlagstelle war 45mal Sitz von Geschwüren, davon 27 im oberen und 18 im unteren Anteil. Am Bändchen saßen 37 Geschwüre.

Nimmt man die in der Rinne, am Innenblatt, Bändchen und Umschlagstelle beobachteten Geschwüre zusammen, so hat man schon 292 = 80% der Gesamtzahl. In den Feldern 7—2 und 4, 5 nebst Bändchen befinden sich 228 = 76%.

Neunmal fand sich Phimose, die eine nähere Bestimmung des Sitzes unmöglich machte. Einmal saß ein Geschwür innen an der Schleimhaut der linken Harnröhrenlippe, einmal um die Harnröhrenmündung.

Auch über den Sitz des Ulcus molle bestehen ausgedehnte Untersuchungen, die Tomasczewski im Handbuch der Geschlechtskrankheiten anführt. Nach A. Chatin kamen auf 3956 weiche Schanker am Gliede 99 solche an anderen Stellen, also auf 40 Geschwüre ein extragenitales. Das scheint jetzt besser geworden zu sein (Reinlichkeit, baldige ärztliche Hilfe). O. v. Petersen hat 7489 Fälle nach ihrem Sitz zusammengestellt und fand:

Lamin. int. praep.	3111
Sulcus retrogland.	1675
Frenulum	1215
Pars pendula	473
Corona praeputii	413
Lam. ext. praep.	355
Orif. urethr.	128
Fossa navic. urethr.	57
Scrotum	38
Regio pubis	24

Die Übereinstimmung zwischen weichem und hartem Schanker in bezug auf ihren Sitz ist so groß, daß man beide Gruppen zusammenfassen und einheitlich betrachten kann: Von 576 Geschwüren entfielen 213 auf die Eichelrinne, 116 auf das Innenblatt, 59 auf die Umschlagstelle und 63 auf das Bändchen. Demnach kommen 78% aller Ge-

Digitized by Google

schwüre an den 4 genannten Stellen vor. In den Feldern 7—2, 4—5 und den Bändchen findet man 73% der Summe vor. Faßt man nun die Zahl der an den 4 Hauptstellen in den Feldern 7—2 und 4—5 beobachteten Geschwüre zusammen (375 = 65%), so ergibt sich die Tatsache, daß auf etwa $^1/_8$ der Gesamtoberfläche des Gliedes $^2/_3$ aller Geschwüre ihren Sitz haben. Die beigefügten Skizzen zeigen dies deutlich.

Die Ursache dafür ist wohl im anatomischen Bau des Gliedes und im Mechanismus des Verkehrs zu sehen. Die Haut der Eichelrinne ist bedeutend zarter als die der Eichel, da sie nicht so oft von der Vorhaut entblößt wird. Auch hält sich dort das Smegma, besonders in den Nischen neben dem Bändchen (Tysonsche Drüsen), viel länger; man sieht hier häufig, besonders bei Soldaten, die wenig Gelegenheit zur Körperpflege haben, dicke Auflagerungen, nach deren Entfernung die Haut leicht blutet. Nicht ganz so zart, auch meist nicht so mazeriert ist die Haut des Innenblattes. Dagegen ist das Bändchen und die Umschlagstelle der Vorhaut beim Verkehr den Traumen am meisten ausgesetzt. Schon beim einfachen Rücklagern der Vorhaut sieht man oft am Bändchen eine leichte Blutung entstehen; wie viel mehr bietet sich beim Verkehr Gelegenheit dazu. Die Umschlagstelle ist bei schlaffem Glied entspannt und gefaltet. Bei der Erektion wird gerade die häufig etwas enge Umschlagstelle gedehnt, und es ist leicht erklärlich, daß es unschwer zu Einrissen kommt, die alle in der Längsrichtung verlaufen. Diese Rißform tragen auch die weichen Geschwüre an dieser Stelle häufig.

Die Primäraffekte sind an der oberen Hälfte häufiger zu finden (145 = 52%) als an der Unterseite (103 = 37%). Weiche Schanker befallen die Unterseite öfter (153 = 51%) als die obere Hälfte (128 = 43%). Eine befriedigende Erklärung dafür zu finden, ist nach unserem heutigen Wissen schwer. Vielleicht hängt dies von den biologischen Eigenschaften der Erreger ab. Daß die stärkere Mazeration der Frenularnischen für die Haftung der Ulcus molle-Erreger einen günstigen Boden bereitet, dürfte wahrscheinlich sein. Möglicherweise spielt auch die Lokalisation der Geschwüre beim Weib eine wichtige Rolle; so verzeichnet die Statistik von Debauge als Sitz weicher Geschwüre beim Weibe in mehr als einem Dritteil der Fälle die untere Kommissur und die Fossa navicularis. Auch die Perineal- und Analgegend ist häufig befallen. Die Primäraffekte sitzen dagegen (nach Fournier) am häufigsten an den großen Labien. Doch dürften als Ansteckungsquelle weit häufiger Papeln am Genitale dienen als Primäraffekte. Es scheint mir wahrscheinlich, daß der Ulcus molle-Erreger leichter an bloß mazerierter Haut haftet als die Spirochäte, die zum Eindringen tiefere Hautverletzungen braucht.

Digitized by Google

II.

Der anatomische Bau der Vorhaut und der Mechanismus des Verkehrs sind bei der Bildung leichter Verletzungen von Bedeutung, also auch bezüglich der Zahl der Ansteckungen. Nichts liegt näher, als der Versuch, dies durch einen Vergleich der Infektionsverhältnisse zwischen Beschnittenen und Unbeschnittenen zu begründen. Solcher Zusammenstellungen gibt es nicht wenige; es wurden zeitweilig große Debatten über diesen Gegenstand veranstaltet, da es viele gab, die durch eine Verallgemeinerung der Beschneidung eine Verminderung der Geschlechtskrankheiten erhofften. Andererseits wurde dies heftig angefochten. Eine kurze Übersicht zeigt diese Gegensätze deutlich.

Lewin äußert Bedenken gegen die Zirkumzision. Er widerlegt die Behauptung, daß bei rituell Beschnittenen die Syphilis weniger leicht Eingang finde. Dagegen spreche vieles dafür, daß die Vorhaut für die Funktionen des Gliedes eine wichtige und wertvolle Einrichtung bedeute. Durch ihren Verlust komme es zur Vertrocknung und stärkeren Brüchigkeit der mit der Luft in Berührung gesetzten Haut der Glans und des Sulkus. Außerdem sei die Vorhaut für eine Infektion besonders wenig geeignet; Geschwüre können nicht tief eindringen. Von 1000 Geschwüren unter 90000 Untersuchten saßen 50% am Präputium, 19% an der Glans, 15% am Frenulum, 9% am Orificium, 1% am Skrotum und 1,2% an anderen Stellen. Saalfeld dagegen bezeichnet die Vorhaut als Locus minoris resistentiae. Fels hält die Vorteile der Zirkumzision für unbedeutend, deren Gefahren für viel größer. Gruber führt aus, daß durch Bildung von Hautbrücken und Taschen infolge schlechter Beschneidung die Zahl der geschlechtlichen Erkrankungen erhöht werden könne. Auch Wethwill hält die prophylaktische Beschneidung für unzulässig, da die Vorhaut „einen wichtigen Teil des menschlichen Organismus“ bildet und die Operation nicht ganz ungefährlich ist. Gegenteiliger Ansicht sind Blizzard und Curbuy, die in der Vorhaut ein unnützes ja gefährliches Anhängsel sehen und am liebsten die Beschneidung allgemein einführen möchten.

Eingehende Untersuchungen über diesen Gegenstand hat Pawlow angestellt. Er untersuchte 7065 Unbeschnittene (Christen) und 412 Beschnittene (Juden und Mohammedaner). Er fand bei

	Unbeschnittenen	Beschnittenen
Nichtvenerische Erkrankungen der Geschlechtsteile	1108	21
Gonorrhoe und deren Komplikationen .	3289	299
Harten und weichen Schanker	1773	70
Syphilis mit unbestimmter Lage des Primäraffektes	895	22

Digitized by Google

Seine Erfahrungen betreffs geringerer Erkrankung der Juden an nichtvenerischen Erkrankungen im Vergleich zu den Christen sind im Einklang mit denen von Hutchinson und dann von H. Breitenstein, die sich auf Syphilis unter den eingeborenen Mohammedanern und den Europäern in der ostindischen Armee beziehen. Er meint, die Beschneidung wirke nicht an und für sich als prophylaktische Maßnahme gegen venerische Erkrankungen; die geringere Zahl von venerischen Erkrankungen bei Beschnittenen ergebe sich aus dem Fehlen der Phimose. Die große Narbe und Trockenheit der Haut bei Beschnittenen führe leichter Verletzungen herbei. Man sollte also die rituelle Beschneidung nicht als obligatorische Maßregel zum Schutze vor Geschlechtskrankheiten empfehlen. Besser wäre schon Erziehung zur Reinlichkeit.

Wolbarst fiel es auf, daß in Spitälern, wo fast nur Juden behandelt werden, so wenig örtliche Geschwüre bei venerischen Erkrankungen auftraten. Bei einem Vergleiche zeigte sich, daß 400 Beschnittene in 78 % Gonorrhoe und 22 % Syphilis und Schanker hatten. 400 Nichtbeschnittene zeigten in 59 % Gonorrhoe und 41 % Syphilis und Schanker. Er hält deshalb den prophylaktischen Einfluß der Beschneidung gegen Schanker und Syphilis für sicher. Ähnliche Beobachtungen machten Hutchinson, Duncan Bulkley, F. Bierhoff, Ch. H. Chetwood, Hugh Cabt, B. C. Corbus, B. Erdmann.

H. Loeb sah bei 785 (= 39,1 %) von 2000 Unbeschnittenen Ulcus molle, Sklerosen und Syphilis; diese Erkrankungen hatten von 468 Beschnittenen 71 (= 15 %). Er glaubt, daß durch die Beschneidung die Häufigkeit der Syphilis um 50 % vermindert werden könnte. Auch Ricketts, Blokusewski u. a. sehen in der Beschneidung eine hervorragende prophylaktische Maßnahme gegen die Geschlechtskrankheiten.

Meine eigenen Untersuchungen umfassen kein großes Material. Ich machte drei Gruppen:

I. Unbeschnittene (582);
II. Männer mit sehr kurzer Vorhaut, die die Eichel zum Teil freiläßt, mit Hypospadie, nach Phimosenoperation u. dgl. (79);
III. Beschnittene (59).

Ich fand in Gruppe	I	II	III
Gonorrhoe	308 (53 %)	45 (56 %)	44 (74 %)
Syphilis	207 (35 %)	29 (36 %)	13 (22 %)
Ulcus molle . . .	67 (12 %)	5 (8 %)	2 (4 %)

Es zeigt sich also auch hier, daß der Wegfall des Präputiums die Zahl der Ansteckung mit Geschwüren vermindert. Von Reinlichkeit kann bei allen Gruppen nicht viel die Rede sein, da es sich um Soldaten des Mannschaftsstandes handelt, die im Laufe mehrerer Monate im Feldspital zur Aufnahme gelangten; allerdings muß betont werden, daß ein

Digitized by Google

großer Teil der Ansteckungen aus dem Hinterlande (Urlaub) stammt. Leider konnte eine genaue Einteilung dieser Gruppen bezüglich Lokalisation der Geschwüre nicht vorgenommen werden, da die Zahlen zu gering sind. Doch hat Pawlow eine solche Zusammenstellung gemacht, aus der hervorgeht, daß die Beschneidung die Eichel und das Orificium nicht schützt. Trotz Entfernung der Vorhaut ist die Eichelrinne sowie die nach der Beschneidung verbleibende Narbe der empfänglichste Ort für die Infektion. Bei Unbeschnittenen 1549 Fälle = 87,3%, bei Beschnittenen 27 = 38,5%. Dagegen steigt bei letzteren die Zahl der Geschwüre am Gliedschaft (25 = 35,7%) gegen 69 = 3,8% bei den Unbeschnittenen. Als Ursache führt Pawlow die Trockenheit der Haut bei Beschnittenen, die Neigung zu Sprüngen und Rissen und die größere Dauer des Aktes infolge verminderter Empfänglichkeit nach Entfernung der Vorhaut an.

Tatsache ist es aber, daß die absolute Zahl der Geschwüre, besonders der weichen Schanker, durch die Beschneidung vermindert wird; das zeigt auch die Statistik von Pawlow. Ob man daraus den Schluß ziehen will, die Beschneidung allgemein als Prophylaktikum einzuführen, ist vielleicht mehr Gefühlssache. Amerikanische Autoren z. B. haben das ohne weiteres getan.

III.

Die Ergebnisse vorliegender Untersuchungen scheinen mir in verschiedener Richtung von Wert zu sein.

Zunächst wird festgestellt, daß $^3/_4$ aller Geschwüre an der Eichelrinne, der Vorhaut (Innenblatt und Umschlagstelle) und dem Bändchen vorkommen. Es wäre also besonders auf die Unversehrtheit dieser Teile zu achten. Die Reinigung dieser Stellen nach einem verdächtigen Verkehr müßte sehr sorgsam vorgenommen und schützende Salben gerade hier ausgiebig angewendet werden. Leuten, die immer wieder an den erwähnten Stellen Einrisse und Wunden zeigen, sollte eine chirurgische Beseitigung der leicht verletzbaren Teile empfohlen werden. Und es wäre zu erwägen, ob nicht mit Hinblick auf die ungeheuere Steigerung der Geschlechtskrankheiten in und nach dem Kriege die Ärzte die Beseitigung der Vorhaut und des Bändchens allgemein empfehlen sollten. Damit würden die Hauptsitze der Geschwüre beseitigt und die Eichelrinne der mazerierenden Vorhaut entblößt werden.

Es läßt sich nachweisen, daß das Fehlen der Vorhaut die Zahl der Geschwüre vermindert. Dies gilt besonders und in auffälligem Maße vom Ulcus molle; aber auch Syphilis ist weniger häufig. Darin stimmen meine Untersuchungen mit der Mehrzahl der früheren überein.

Digitized by Google

Literatur.

Alexander, C., Die hygienische Bedeutung der Beschneidung. Breslau 1902. — Bierhoff, New York m. J., 1912, S. 1037. — Blokusewski, Monatsber. f. Urologie, 1904, H. 11. — Breitenstein, Derm. Zbl., Bd. 6, H. 2. — Debauge, zit. Handbuch d. Geschlechtskrankh., Bd. 2, S. 649. — Fels, Prz. Lekarski, 1906. — Gruber, W. m. Presse, 1892, S. 377. — Lewin, Charité-Annalen, 1876, Bd. 1. — Lewin, Verhandlungen der Berl. derm. Ges., 1892, 2/3. — Loeb, H., Monatsschr. f. Harnkrankheiten u. sexuelle Hygiene, 1916. — Münz, M. m. W., 1896, S. 264. — Pawlow, Derm. W., 1912, Bd. 54. — Ricketts, Cinn. Lancet Clinic., 1888. — Wethwill, Univ. Med. Mag. Philadelphia, 1892. 10. — Wolbarst, A. L., J. Am. m. Assoc., 1914. Bd. 62, S. 92.

Aus der Praxis.

Erfahrungen mit der Granugenpasta.

Von

Dr. Paul Jacob in Charlottenburg.

Von einer Anzahl Autoren wurde übereinstimmend berichtet, daß das Granugenol, auf Wunden gebracht, deren Granulationsgewebe zu verstärktem Wachstum anzuregen vermag, ferner daß diese Eigenschaft auch bei Ulcera cruris verschiedener Art und verschiedener Grade erprobt wurde. Nachdem ich zunächst mit dem flüssigen Granugenol bei der Behandlung der Ulzera diese Erfahrungen bestätigen konnte, wandte ich im letzten Jahre die Granugenpasta lieber an, welche nach Art des Zinköls eine Mischung vorstellt von Granugenol 50,0, Zinc. oxydat. 40.0, Magnes. carbon. 10.0. Die Behandlung ist etwa folgende: die Wunden werden zunächst sorgfältig mit Wasserstoffsuperoxyd gereinigt, von den Krusten befreit und trocken ausgetupft, dann dick mit der Pasta bestrichen, mit Gaze überdeckt und verbunden. Bei starker Sekretion wird möglichst alle Tage erneuert, sonst nach 3—5, später, wenn die Schließung der offenen Stellen beginnt, nach 8—12 Tagen. Die ölige Beschaffenheit des Mittels verhütet die Verklebung, so daß der Verbandwechsel ohne große Schmerzen vor sich geht. Wegen des ätzenden Wundsekrets habe ich noch die Umgebung des Geschwürs dick mit sterilisiertem Bolus bestreut, der die Absonderung gut aufsaugt.

Der Vorzug der Granugenpasta vor dem Granugenol besteht hauptsächlich in der bequemeren Handhabung, insofern, als es möglich ist die Pasta recht dick auftragen und den Verband länger liegen lassen zu können. Bei Verwendung des flüssigen Granugenols muß dagegen lange Zeit jeden Tag der Verband erneuert werden. Wiewohl in letzteren Fällen das 100%ige Präparat seine Wirkung entfalten konnte, habe ich doch am jeweiligen Aussehen der Wunde nicht feststellen können, daß dadurch die Heilung beschleunigt wurde. Andererseits war auch eine schnellere Granulation durch die Zinkkomponente der Pasta nicht warzunehmen. Der Heilprozeß braucht also eine gewisse Zeit. Erst gegen Ende der Behandlung scheint die Pasta die Vernarbung zu begünstigen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer meiner Fälle war neun Wochen. Es waren alte hartnäckige darunter. Auf einen Umstand muß man aber die Patienten aufmerksam machen, was auch Better aus der Josephschen Poliklinik, Berlin (Derm. Zbl., 1916, 1 u. 2) betont, daß die Eiter- und Lymphabsonderung anfangs sehr stark ist und das Ulkus verschlimmert erscheinen läßt. Diese Wendung wird dann gewöhnlich

Digitized by Google

falsch gedeutet. Sie ist aber im Gegenteil ein Zeichen, daß „das Mittel anschlägt". — Nach diesen günstigen Eindrücken habe ich die Granugenpasta auch bei Impetigo contagiosa und nach Verbrennungen angewendet, wo ebenfalls nach Abnehmen der Krusten und Öffnen der Blasen durch Verbände mit Granugenpasta eine baldige Heilung eintrat.

Das Mittel scheint demnach berufen zu sein, die Ulcera cruris, die manchmal jeder Behandlung trotzten, zur Verheilung zu bringen und auch in der Dermatologie mit Vorteil verwendet werden zu können.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1917, Bd. 124, H. 3.

Reinduratio, Reinfektio, Superinfektio und schankriforme Papeln bei Lues, von F. Hell-Kiel. Reinduration und schankriforme Papeln sind Rezidive der Lues, die als restierende isolierte Spirochätenherde in einem fast sterilisierten Organismus die Form der Sklerose annehmen. Die Zahl der Spirochäten ist in ihnen meist gering. Relativ häufig kommt es zu einer regionären Drüsenschwellung, nur selten zu einem Exanthem, welches dann meist den Charakter einer Rezidivform trägt. Doch kann jede andere Exanthemform vorher, gleichzeitig oder später ohne jeden ätiologischen Zusammenhang auftreten. Die Wassermannsche Reaktion ist oft positiv, kann aber auch negativ sein. Im letzteren Falle macht dann der Organismus, was durch Umschlagen der Wassermannschen Reaktion kenntlich wird, eine zweite Infektion mit seiner eigenen Lues durch. Da diese Autoinfektion genau denselben Verlauf zeigen kann wie eine Reinfektion, ist eine Unterscheidung unter Umständen sehr schwierig. Als Reinfektionen können nur solche Fälle gelten, welche vor der zweiten Infektion keine Anzeichen von Lues mehr erkennen ließen. Mit absoluter Sicherheit ist die Heilung der Lues allerdings niemals zu beweisen. Die Existenz einer Superinfektion ist noch nicht bewiesen, sondern ist noch trotz der Experimente und der praktischen Erfahrung gemäß unwahrscheinlich.

Nervenzellen der Haut, von C. Kreibich. Mit Hilfe der Rongaliteiweißfärbung ließ sich nachweisen, daß die Haut Nervenzellen enthält, deren Fortsätze untereinander in Verbindung stehen. Außerdem färbt die Methode auch die Langerhansschen Zellen.

Dermatologische Beobachtungen während des Krieges, von B. Lipschütz. Beobachtungen über das vom Verfasser als Erythema vasculosum bezeichnete Exanthem. Dasselbe tritt plötzlich in Schüben auf, bildet Flecke, welche durch feinste Gefäßinjektionen hervorgerufen werden. Auf Druck verschwindet der Fleck vollkommen. Bei der Entwicklung der Flecke lassen sich zwei Stadien unterscheiden, ein tonisches, welches mit aktiver Hyperämie einhergeht, und ein solches des Abblassens. Neben der vaskulären beteiligt sich auch eine erythematische Komponente am Aufbau der Efflorescenz. Die Größe der Flecke schwankt zwischen Mohnkorn- bis Kreuzergröße, die Form ist rundlich, elliptisch, selbst gelappt, mit unscharfen Rändern, die Farbe hell- bis fettrot oder zinnoberrot, während der Rückbildung wird sie gelbrötlich bis gelblich. Prädilektionsstellen sind die Fossae supra- et infraclaviculares, die Thoraxpartien und obere Bauchgegend. Neigung zur Gruppierung oder Konfluenz fehlt, ebenso eine Beziehung zur Spaltrichtung der Haut. Häufig ist ein Rezidivieren der Flecke. Der Verlauf kann kurz oder chronisch sein. Histologisch fand sich ein mäßiges perivaskuläres Zellinfiltrat mit Lymphozyten und Bindegewebszellen, in zwei Fällen auch eosinophile und Mastzellen.

Digitized by Google

Albert Neisser und die Entdeckung der Leprabazillen, von Czaplewski-Köln a. R. Die Hansenschen Angaben über den Leprabazillus aus dem Jahre 1873 sind keineswegs beweiskräftig. Erst Neisser verdankt man die genaue Beschreibung desselben. Als Entdeckungsjahr wäre 1879 anzunehmen.

Über Hydroa aestivale und vacciniforme, von Alfred Perutz-Wien. Die Arbeit beschäftigt sich mit dem Einfluß des Hämatoporphyrins auf die Entstehung der Krankheit. Nach den mitgeteilten Untersuchungen ist der Entstehungsort des Hämatoporphyrins die Leber. Eine mitunter weder makroskopisch noch mikroskopisch nachweisbare Insuffizienz dieses Organs bewirkt die Porphyrinurie. Durch gestörte Leberfunktion kommt Hämatoporphyrin in den Kreislauf. Die Anwesenheit dieses Körpers sensibilisiert die Haut gegen die Einwirkung des Sonnenlichtes.

Über einen halbseitigen systematisierten Naevus follicularis keratosus, von Alfred Kleine-Prag. Mitteilung der klinischen und histologischen Eigentümlichkeiten des Falles. Es handelt sich um die Existenz von Pseudokomedonen, die aus Horn bestehen.

Über das melanotische Pigment der Kutis, von C. Kreibich-Prag. Der Verfasser kommt zu dem Schluß, daß das Kutispigment ein Lipochrom ist.

Lichen sclerosus, von C. Kreibich-Prag. Der Verfasser weist in diesem Falle verwandte Züge des Lichen sclerosus mit der Sklerodermie nach.

H. Vörner-Leipzig.

Dermatologisches Zentralblatt.

1917, Nr. 10—12.

Über Granugenol (granulierendes Wundöl Knoll), von Ignaz Saudek-Brünn. Es wurden mit Granugenol zwölf Fälle von Geschwüren und sechs größere Furunkel behandelt. Der Erfolg war gut. Das Mittel wirkt granulationsbefördernd.

Condylomata acuminata bei Kindern, von Breuning. Mitteilung von Fällen.

Ambulante Behandlung der akuten Epididymitis mittels Stütz- und Stau-Heftpflasterringes, von Wolff-Metz. Fixierung des Hodens an der Bruchpforte durch einschnürende Heftpflasterstreifen.

Primäre spastische Spinalparalyse auf der Basis von Syphilis hereditaria tarda, von Wolff-Metz. Der Fall betrifft ein zehnjähriges Mädchen, das Kind eines Luetikers.

H. Vörner-Leipzig.

Annales des Maladies Vénériennes.

1917, Heft 5.

Eine Familie von Hereditär-Syphilitischen: fünf Appendizitiden unter acht Kindern, von Gaucher. Verf. führt Appendizitis auf Syphilis zurück. Er verfügt über die Beobachtung der Familien von drei Syphilitikern, von denen sämtliche, bei dem einen zwei, bei den anderen je drei Kinder daran operiert worden sind. In der vorliegenden Mitteilung berichtet er über die Familie eines durch + Wassermann-Reaktion als solchen festgestellten Syphilitikers: drei Fehlgeburten, drei Kinder klein gestorben, fünf weitere haben sämtlich Appendizitis gehabt, drei sind daran gestorben. Selbst in der zweiten Generation behauptet Verf. das Vorkommen von Appendizitis syphilitischen Ursprungs und führt dafür ein Beispiel an.

Bericht über Maßnahmen gegen die Verbreitung der Syphilis, von Gaucher. Der Académie de médecine vorgelegte Leitsätze enthalten 6, die von ihr einstimmig und ohne Diskussion angenommen worden sind. Sie betonen: 1. Die Notwendig-

Digitized by Google

keit, die jungen Leute davon zu unterrichten, daß die Keuschheit nicht allein möglich, sondern empfehlenswert und heilsam ist — und die Verheirateten, daß sie sowohl hinsichtlich Moral wie Hygiene die Pflicht haben, die Gelegenheitszusammenkünfte zu vermeiden. 2. Die absolute Notwendigkeit der Untersuchung der Militärkontingente oder der Kolonialarbeiter vor ihrer Einschiffung nach Frankreich und bei ihrer Ausschiffung, und der Untersuchung der Kolonialarbeiter alle 14 Tage in den Werkstätten, wo sie angestellt sind. 3. Die Notwendigkeit, die für Vermietungen erlassenen Polizeivorschriften streng beobachten zu lassen und die Vermieter zu verpflichten, Namen und Stand der Reisenden zu verlangen, die ein Zimmer in ihrem Hotel fordern, nicht nur nachts, sondern auch bei Tag. 4. Die Notwendigkeit, die strenge Beobachtung des Gesetzes über die Verführung zur Ausschweifung und die strenge Unterdrückung des Vergehens der Anlockung (racolage) sicherzustellen. 5. Die Notwendigkeit, diejenigen, die der Versuchung unterliegen, davon zu unterrichten, daß es für sie unerläßlich ist, sich der Schutzmittel zu bedienen. 6. Die unbedingte Notwendigkeit, spezialistische Funktionen in den militärischen Sanitätsformationen und den bürgerlichen Verwaltungen nur Ärzten anzuvertrauen, die kompetent und als solche anerkannt sind, und die Notwendigkeit der Ausbreitung des Unterrichts in der Syphilidologie.

Syphilitische Epilepsie, von Lévy-Bing und Gerbay. Verff. veröffentlichen 13 Beobachtungen von Epilepsie auf syphilitischer Basis und gelangen zu folgenden Schlüssen: Die syphilitische Epilepsie ist häufiger, als man im allgemeinen annimmt. Sie kann in allen Perioden der Syphilis vorkommen, findet sich aber besonders in der sekundo-tertiären und der tertiären Periode. Als Ursache für die epiletischen Krisen, die gewisse Luetiker haben, findet man bisweilen nervöse Antezedentien, die vielleicht prädisponieren, meist aber ist die zerebrale Lokalisation durch unsere gegenwärtigen Untersuchungsmittel nicht erklärbar. Die syphilitische Epilepsie bietet kein klinisches Symptom, das ihr als solches angehört und sie von anderen Epilepsien unterscheiden läßt. In den zweifelhaftesten Fällen sind die wichtigsten Punkte: 1. Die syphilitischen Antezedentien; 2. das Alter des Patienten beim ersten Anfall; 3. die Wassermann-Reaktion; 4. das Ergebnis der Untersuchung auf zerebrospinale Lymphozytose; 5. das Argyllsche Symptom, wenn es vorhanden ist. Die Behandlung richtet viel aus, und man kann behaupten, daß die syphilitische Epilepsie durch eine methodische und langwierige Behandlung heilbar ist, unter der Bedingung jedoch, daß sie sich nicht in der letzten Phase einer zerebralen Syphilis einstellt.

Fall von blennorrhoischer Keratose, von J. Montpellier. Ein seit zwölf Monaten an Urethralblennorrhoe leitender Patient mit schweren Gelenklokalisationen, vorgeschrittener Muskelatrophie und einem an Kachexie grenzenden Allgemeinzustand erwirbt dazu noch eine Keratosis plantaris. Er erhält Nicollesche Vakzine, die die Arthropathien und den Allgemeinzustand günstig beeinflußt, sich der Keratosis gegenüber aber als vollständig unwirksam erweist. Es stellten sich im Gegenteil noch etwa 20 weitere Stellen ähnlicher Beschaffenheit, wie aus Nägeln zusammengesetzt, unregelmäßig über den Körper verteilt ein. Ohne jede lokale Behandlung waren $2^1/_2$ Monate nach Beginn dieser Hautaffektion die hyperkeratotischen Stellen bis auf rötliche, leicht abschuppende Flächen wieder verschwunden.

Heft 6.

Die fissurierte oder rissige Zunge, ihr syphilitischer oder hereditär-syphilitischer Ursprung, von Gaucher. Verf. beschreibt als von diagnostischem Interesse unter Anführung von acht Beispielen eine Zungenaffektion, die er sowohl bei akquirierter wie bei hereditärer Lues beobachtet hat, die aber leicht übersehen und der keine Wichtigkeit bei-

Digitized by Google

gelegt wird. Bei der Hereditärsyphilis ist sie zuweilen begleitet von anderen lingualen Manifestationen (Leukoplasie oder Lingua geographica). Neben einer nur eine Verstärkung der normalen Medianfurche bildenden Fissur verlaufen laterale Fissuren von unregelmäßiger Anordnung, teils von der ersteren ausgehend, teils isoliert, die einen geradlinig, die anderen gekrümmt. Im ganzen beobachten sie longitudinale Richtung zur Zungenachse, aber es gibt auch lateral gerichtete und solche von jeder Richtung dazwischen. An den Zungenrändern sind laterale zu beobachten, die gewöhnlich am tiefsten sind, ohne jedoch die Furchen der kongenitalen Lingua scrotalis zu erreichen. Überhaupt sind bei dieser Affektion die Furchen viel oberflächlicher, viel weniger zahlreich und viel weniger sichtbar als bei der Lingua scrotalis. Verf. glaubt, daß diese Zungenaffektion Syphilis mit Sicherheit zu diagnostizieren erlaubt.

Über die Nutzbarmachung eines neuen Präparates von benzoësauren Quecksilber bei der Syphilisbehandlung, von Louis Bory. Verf. hat in der Absicht, ein dem Salvarsan analoges organisches Hg-Präparat zu schaffen, das Hg benzoicum einem besonderen Herstellungsverfahren unterworfen und es dadurch zu einem löslichen Präparat gemacht, das er in 3%iger Lösung zu intramuskulären und intravenösen Injektionen benutzt. Bei letzteren soll es, im Fall der Verfehlung der Vene, weniger lebhaften und weniger andauernden Schmerz als andere Präparate, speziell Zyan-Hg-Verbindungen, sowie nur begrenzte und vorübergehende Induration verursachen. In der Präparation, die Verf. angegeben hat, ist es weniger toxisch als andere Hg-Salze. Man kann infolgedessen größere Dosen geben, die auch von den Nieren vollkommen vertragen werden, bei spezifischen Nephritiden sogar kurativ wirken. Der „massiven" Dosis allein schreibt Verf. die günstige Wirkung zu. Als unerläßliche Wirkung für Verträglichkeit fordert Verf. allerdings die sorgfältigste Mundpflege durch den Zahnarzt. Verf. beginnt gewöhnlich mit 0,03 intravenös, nächsten Tag 0,04, nächsten 0,05, selbst 6, 7, 8 cg. Bei diesen letzteren Dosen wurde dann die Behandlung während 2—3 Tagen ausgesetzt.

Die Prophylaxe der venerischen Krankheiten, von Charles Soulier. Der Vorsitzende des Lyoner Komitees der unserer Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten entsprechenden Ligue Française berichtet über die gegen die venerischen Krankheiten zu ergreifenden prophylaktischen Maßregeln. Es wird zunächst die gegenwärtige Situation in Frankreich besprochen und festgestellt, daß es zurzeit daselbst keine Reglementation gibt, d h. keine Gesetze oder Verordnungen, die sich auf die Prostitution beziehen, sodann hingewiesen auf die besondere Veränderung der Verhältnisse, die seit Kriegsausbruch eingetreten ist, speziell auch auf die verhängnisvollen Folgen, die diese Übel auf die militärischen Effektivbestände haben. Dem französischen laisser faire, laisser aller gegenüber der Prostitution werden die in Deutschland üblichen Grundsätze gegenübergestellt. Das Heilmittel gegen die Ausbreitung und Fortpflanzung der venerischen Krankheiten erblickt man darin, dem Regime der Reglementation und der administrativen Überwachung, wie es vor 1906 bestand, eine gesetzliche Form zu geben. Hierfür will man zweierlei als Vergehen angesehen und bestraft wissen: 1. die öffentliche Anlockung zur Ausschweifung (racolage), 2. die Krankheitsübertragung. Es wird genauer auseinandergesetzt, was unter ersterer zu verstehen ist, auch Maßregeln erörtert, um Mißgriffen vorzubeugen. Die Sistierten sollen, falls sie krank befunden werden, Krankenhäusern überwiesen werden können. Ein bezüglicher Gesetzentwurf wird im Wortlaut beigefügt.

Heft 7.

Organisation und Tätigkeit einer militärischen Regionszentrale für Dermatologie und Venereologie; von H. Gougerot (mit dem Schluß in Heft 8). Verf. berichtet

Digitized by Google

nach einem Jahr Tätigkeit sehr ausführlich über die Organisation des militärischen dermato-venereologischen Zentrums der 9. Region zu Tours und über die bei Militär und Zivil erhaltenen Ergebnisse, denn zu seinen Aufgaben gehörte auch die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der Zivilbevölkerung und die Bekämpfung der Prostitution. Das Zentrum umfaßt zwei Unterzentren und zwei Ambulatorien. Im Zentrum befand sich ein richtiges Speziallazarett nach Pariser Muster. Ein solches Zentrum hatte infolgedessen sehr vielseitige Aufgaben und verfolgte vielfache Zwecke: 1. Lazarettunterbringung der Militärpersonen in spezialistischen Lazaretten, die mit allen diagnostischen und therapeutischen Hilfsmitteln, Radiotherapie, Laboratorium, Zahnbehandlung usw. versehen sind, 2. ambulatorische Beratung und Behandlung der Soldaten und Militärarbeiter, die dabei ihre Arbeit fortsetzen können, 3. Besichtigungen, Diagnosen, Einteilung schwieriger Fälle der ganzen Region, 4. periodische monatliche Besichtigungen auf Haut- und Geschlechtskrankheiten, 5. Instruktion der Ärzte, um gewisse Dermatosen zu verhüten und zu heilen, 6. Unterrichtung der Ärzte, die dem Dienste freiwillig beiwohnen, Krankenvorstellungen, diagnostische und therapeutische Erörterungen, 7. Propaganda für Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten in der Armee, den Militärwerkstätten, der Zivilbevölkerung durch Zeichnungen, Broschüren, 8. Nachforschung nach den Ansteckungsquellen, 9. Organisation der unteren Dienststellen, 10. Vervollkommnung der medizinischen Überwachung der Prostitution und Kampf gegen die geheime Prostitution.

Ein Apparat zur allmählichen Erweiterung entzündlicher Phimosen, von Clément Simon. Beschreibung eines Apparates, der ähnlich wie die Harnröhrendilatatorien die Vorhautöffnung durch Spreizen von Branchen dehnt. Die Öffnung der Branchen geschieht durch Hebelwirkung mittels Gummizugs.

Harter Schanker des Zahnfleisches, von Gaucher und J. Bralez. Verff. beschreiben einen Primäraffekt am Zahnfleisch: eine Ulzeration in Form einer kleinen, erhöhten Neubildung von unregelmäßigen Rändern an der Vorderfläche des oberen Zahnfleisches über den zwei mittleren Schneidezähnen, von der Wurzel der Zähne bis zur gingivo-labialen Furche sich erstreckend. Eine Übertragung durch zahnärztliche Instrumente oder Behandlung wird ausdrücklich ausgeschlossen.

Fall von vereiternder blennorrhoischer Orchiepididymitis, von Butte und Clément Simon. Beschreibung eines Falles von Epididymitis im Verlaufe chronischer Blennorrhoe mit Ausgang in Abszedierung, Inzision und Vernarbung. Im Abszeßeiter fanden sich Diplokokken vom Charakter der Gonokokken.

Akquirierte Syphilis bei einem 8jährigen Mädchen (von seiten der Mutter), von Gaucher, L. Bizard und J. Bralez. Als typisch wird der Fall eines achtjährigen Mädchens beschrieben, das mit papulösem Exanthem vorgestellt wird, während ein Primäraffekt nicht mehr nachzuweisen, sein Sitz aber als am Mund gewesen anzunehmen ist.

Bemerkung über den Bubo und sein Vorherrschen auf der linken Seite, von J. Montpellier. Feststellung, daß der linksseitige Bubo wenigstens zweimal häufiger ist als der rechte. Übereinstimmung zwischen Schanker und Bubo bezüglich des Sitzes auf derselben Seite der Körperachse existiert sehr häufig nicht.

Heft 8.

Die Syphilis, insbesondere deren nervöse Erscheinungen bei den Arabern im Heere, von Lévy-Bing und Gerbay. Verff. berichten über 123 Araber, von denen 39—44 sich ihre Ansteckung während des Krieges zugezogen hatten, während die anderen ältere Fälle waren. Neun hatten Primäraffekte, 63 sekundäre oder sekundotertiäre Symptome. Bei letzteren ließ sich beobachten, daß 1. Roseola selten ist,

Digitized by Google

2. bukkale und pharyngeale Syphilide sehr häufig sind und Neigung haben, sich durch ihre Ausdehnung in große Syphilome zu verwandeln, 3. die Genitalregion der Vorzugssitz der sekundären Syphilide ist, 4. ulzeröse Läsionen sehr häufig und früh sind, oft von Anfang der Syphilis an vorkommen. 51 hatten tertiäre Erscheinungen, der jüngste etwa 21 Jahre alt, die meisten weniger als 30 Jahre. In der Hauptsache waren ulzeröse Syphilide (33), mit Vorliebe an den unteren Extremitäten, und von phagedänischem Charakter, die Heilung langsam und mühevoll. Bezüglich der herrschenden Anschauung, daß bei den Naturvölkern eine Mitbeteiligung des Nervensystems bei der Syphilis eine Seltenheit sei, haben Verff. das Gegenteil feststellen können, 25 Fälle, von denen eine Anzahl Störungen von seiten des Nervensystems boten, während bei den anderen die Prüfung der Rückenmarksflüssigkeit das Bestehen einer latenten Meningitis ergab.

Heft 9.

Bericht der militärischen Sanitätskommission über Maßnahmen gegen die Verbreitung der Syphilis, von Gaucher. Verf. weist darauf hin, daß sich die Syphilis in den ersten 16 Monaten des Krieges, bis Ende Dezember 1915, um mehr als ein Drittel, fast die Hälfte, in den acht folgenden Monaten, bis Ende August 1916, um mehr als die Hälfte, fast zwei Drittel vermehrt hat. Er wiederholt die zu zwei verschiedenen Malen von der Académie de Médecine geäußerten Wünsche, setzt ihren Zweck und ihren Nutzen auseinander und stellt fest, was zu ihrer Erfüllung geschehen und was bisher unterblieben ist. Es wird diesbezüglich verlangt: 1. Überwachung und häufige Untersuchungen der Prostituierten, 2. Gesundheitsbesichtigung der Soldaten alle 14 Tage, Untersuchung der Urlauber vor dem Urlaubsantritt und bei ihrer Rückkehr, 3. strenge Unterdrückung der Anlockung (racolage), 4. strenge Beobachtung der für die Zimmervermietung erlassenen Vorschriften bezüglich Meldung von Namen und Stand der Reisenden, 5. Untersagung des Aufenthaltes in der Heereszone für die Frauen, die nicht ins Land gehören, 6. Spezialhospitäler für Venerische, Soldaten und Zivil, mit externer Konsultation, 7. Abteilungen in den Spezialkliniken der medizinischen Fakultäten zur Unterrichtung der zur Leitung des venerologischen Dienstes berufenen Ärzte, 8. Vermehrung der Vorträge für die Soldaten über die Gefahr der Geschlechtskrankheiten und die Mittel, sie zu vermeiden, 9. unbedingte spezialistische Funktionen in den militärischen Santätsformationen und den bürgerlichen Verwaltungen nur kompetenten und als solche anerkannten Ärzten anzuvertrauen. Ahnangsweise werden als Belege einige besonders gravierende Fälle von Verschleppung der Heilung und von diagnostischen Irrtümern ausführlicher mitgeteilt.

Nervensyphilis bei einem Feldheere, von Gougerot. Verf. berichtet über die Fälle von Nervensyphilis, die er im Laufe eines Jahres während des Krieges beobachtet hat. Er hat den Eindruck, daß die Kriegsereignisse nur einen bestreitbaren und sehr geringen Einfluß haben. Die meisten Kranken waren ältere Leute, die nicht an der eigentlichen Front waren. Einige seltenere Fälle von Syphilis und Heredosyphilis werden im Detail ausführlicher mitgeteilt.

Raynaudsche Krankheit bei einem Syphilitiker mit Sekundärerscheinungen, von Lévy-Bing und Gerbay. Der Fall bot mehrere Besonderheiten: 1. der Raynaudsche Symptomenkomplex erschien 33—40 Tage nach dem Primäraffekt, also zu gleicher Zeit wie der Ausbruch der sekundären Allgemeinerscheinungen, 2. gegenüber der spezifischen Behandlung verhielt er sich wie ein syphilitisches Symptom, verschwand vollständig unter ihrem Einfluß und ebenso schnell wie die sekundären Hauterscheinungen, 3. da in diesem Falle die absolute Integrität des Nervensystems gegeben war, so

Digitized by Google

chließen sich die Verff. der Theorie an, die die Raynaudsche Krankheit nicht als zirkulatorische Störungen auf Grund eines vaskulären Spasmus, sondern als eine wirkliche syphilitische Arteriitis ansieht.

Zerebrospinalmeningitis und syphilitische Meningitis bei einer Hereditärsyphilitischen mit Sekundärerscheinungen, von F. Gerbay und J. Charon. Verff. glaubten nach der Familiengeschichte annehmen zu dürfen, daß es sich um eine Heredo-Syphilitische handle (?). Sie hatte eine akquirierte Syphilis von 3—4 Monaten mit sekundären Hauterscheinungen (papulösem Exanthem). Symptome bei der Einlieferung ins Krankenhaus und weiterer Verlauf machten es wahrscheinlich, daß daneben noch eine Meningitis cerebrospinalis bestand (im Liquor Meningokokken). Wassermannsche Reaktion im Liquor gleichzeitig +. Außer dieser akuten Meningitis nehmen Verff. das gleichzeitige Bestehen einer syphilitischen Meningitis an, der sie die Lymphozytose der Zerebrospinalflüssigkeit zuschreiben, während sie die erhebliche Polynukleose auf das Konto der Zerebrospinalmeningitis setzen. Der Ausgang war letal. Eine Autopsie ist nicht erfolgt. E. Klemm-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Untersuchungen über einen pockenähnlichen Ausschlag bei Ferkeln. Ein Beitrag zur Symptomatologie der Schweineseuche und Schweinepest, von Paul Vochetzer. (Diss., Leipzig 1914.) Die Ergebnisse seiner Untersuchungen faßt Verf. folgendermaßen zusammen: Infolge Schweineseuche und -pest tritt bei Ferkeln zuweilen ein Ausschlag auf, der aus hanfkorn- bis markgroßen braunschwarzen Borken besteht und durch eine wallartige Randzone gewisse Ähnlichkeit mit echten Pocken gewinnt. Seiner Entstehung und seinem Wesen nach charakterisiert er sich aber als Urticaria crustosa. An den befallenen Stellen kommt es zu Zerstörung der Epidermis und eines Teiles des Koriums; nach Ablösung des Schorfes bleibt eine Erosion, die mit einer flachen Narbe verheilt. Wenn die Urticaria crustosa schwer verläuft oder tödlich endigt, handelt es sich meist um Schweinepest oder -seuche. Das Vorkommen echter Pocken beim Schweine ist sehr fraglich. Der sogenannte „Ruß der Ferkel" ist nur selten Ekzem, meist Urticaria crustosa. R. Frühwald-Leipzig.

Verschiedenes.

Dr. Otto Kneise hat sich in Halle a. S. als Privatdozent für Urologie habilitiert.

Dr. Ramon Guiteras, Professor für Venereologie und Urologie an der New York Post-Graduate Medical School ist am 13. Dezember v. J., 57 Jahre alt, gestorben.

Dr. Edward Manning Brown, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Springfield, Mass., ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tabnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

9. März 1918 | Nr. 10 | Band 66

Aus dem Reservelazarett I Dresden (Chefarzt: Generaloberarzt Dr. Kaiser).

Über das gehäufte Auftreten der Trichophytie.

Vorschläge zur Behandlung und zur Verhinderung der Ausbreitung im Heere[1]).

Von

Prof. Dr. Galewsky,

Oberstabsarzt d. R. a. D., fachärztlicher Beirat des XII. A.-K.

Die letzte große Epidemie von Trichophytie, über die in Deutschland Berichte vorliegen, ist im Jahre 1886 aufgetreten. Nach den Angaben von Lesser waren unter 3038 Hautkranken in Leipzig 269, das ist 7 %, an Trichophytie erkrankt, Saalfeld in Berlin konnte von 6,7 % berichten, und ebenso Stern in Mannheim über das gehäufte Auftreten der Trichophytie in diesem Jahre, die sich also scheinbar auch über eine große Reihe von deutschen Städten verbreitete.

Diese Zahlen erschienen damals schon als sehr hoch. Fanden sich doch früher einmal in der Breslauer Hautklinik unter 18241 Kranken nur 112 Trichophytiekranke. Im allgemeinen sind seit dieser Zeit wohl gelegentlich einmal kleinere Trichophytonherde aufgetaucht[2]), die Verbreitung der Trichophytie war aber in Deutschland eine unverhältnismäßig beschränkte, und speziell in Dresden und in Sachsen haben wir in den Jahren 1914, 1915 und 1916, abgesehen von gelegentlichen Fällen von Trichophytie, von einem wirklichen Auftreten der Bartflechte nichts gemerkt, im Gegensatz zu Frankreich, Belgien, England usw., wo ja die Trichophytie in außerordentlich großem Maße seit langer Zeit bekannt ist.

Verhältnismäßig häufiger war die Trichophytie in Berlin und einigen anderen Großstädten. Von einer eigentlichen Trichophytie-Epidemie kann man erst seit den letzten zwei Jahren reden, seit infolge von Einschleppung durch unser Heer, anscheinend vom Westen her, diese Erkrankung in Deutschland in außerordentlichem Maße aufgetreten ist.

Die ersten Veröffentlichungen über das Auftreten von Trichophytie

---

[1]) Im Anschluß an einen Vortrag und Demonstration in der Gesellschaft für Natur und Heilkunde zu Dresden. — [2]) Werther. Derm. Mh., 1903, Bd. 36.

Digitized by Google

in diesem Kriege sind von BERGER[1]) im Jahre 1915 und von BLUMENFELD[2]) für Österreich im Jahre 1914 erschienen. Trotzdem hörte man aber von größeren Trichophytieherden und Epidemien noch nichts. Erst im Jahre 1916 wurde in einzelnen Städten, namentlich am Rhein, das stärkere Auftreten von Trichophytie beobachtet, und seit der zweiten Hälfte des Jahres 1917 ist ein so außerordentlich großes Wachsen dieser Seuche zu konstatieren, daß es sich wohl verlohnt, auf dieselbe energisch aufmerksam zu machen und die Mittel und Wege zu besprechen, die der Verbreitung dieser Erkrankung, vor allem im Heere, steuern können.

Bereits vor der Trichophyton-Epidemie zog eine Epidermophyton-Epidemie durch die deutschen Lande, und W. FISCHER[3]) in Berlin und ich[4]) haben in verschiedenen Publikationen auf die außerordentliche Verbreitung dieses der Trichophytie ja sehr nahestehenden Pilzes hingewiesen. Es ist seitdem erreicht worden, daß diese Epidemie fast ganz nachgelassen hat, und bei uns in Sachsen sehen wir nur noch gelegentlich, wie wir es bereits früher gesehen haben, ab und zu einen Kranken mit Ekzema marginatum, während die großen Lazarettepidemien — ich habe in einem Lazarett im ganzen gegen 100 Fälle gehabt — fast ganz aufgehört haben. Auch jetzt wieder hat FISCHER[5]) als erster das große Verdienst, auf das Auftreten der Trichophytie in einer kleinen Arbeit „Der Einfluß des Krieges auf die Dermatomykosen und ihre Pilzflora" aufmerksam gemacht zu haben, und nach ihm hat auch HÜBNER[6]) in Elberfeld ebenfalls über das Auftreten der Trichophytie in Elberfeld berichtet. FISCHER hat in seiner Arbeit, die sich mehr mit den verschiedenen Pilzarten und mit der Änderung der Pilzflora in diesem Kriege beschäftigt, ganz besonders auf das Auftreten des Trichophyton gypseum asteroides und granulosum, sowie auf das des Trichophyton rosaceum und anderer Trichophytonformen hingewiesen. Er konnte zusammenfassend sagen, daß „unter dem Einfluß des Krieges eine deutliche Änderung in dem Bilde der uns von früher her bekannten Pilzflora[7]) eingetreten ist. Es haben sich namentlich beim Militär, infolge der Berührung mit dem Auslande, neue, bei uns wenig oder gar nicht bekannte Pilzarten als Erreger von Trichophytien gezeigt". FISCHER hat auf die interessante Tatsache aufmerksam gemacht, daß mit der Zeit die Pilzflora der Dermatomykosen in Deutschland sich wesentlich gegen früher ändern wird und bereits geändert hat.

[1]) BERGER, M. Kl., 1915, Nr. 6. — [2]) BLUMENFELD, W. m. W., 1914, Nr. 49. — [3]) FISCHER, D. m. W., 1915, Nr. 48. — [4]) GALEWSKY, M. m. W., 1917, Nr. 14. — [5]) FISCHER, D. m. W., 1917, Nr. 30. — [6]) HÜBNER, D. Zschr., 1917. — [7]) PLAUT, Die geographische Verbreitung der Hautpilze und ihre Bedeutung für das Hamburger Gebiet. Derm. W., 1914, Bd. 58, Beih. 2.

Digitized by Google

Ich selbst kann diese Tatsachen auf Grund der Kulturversuche, die ich im Reservelazarett I in Dresden, dank der liebenswürdigen Unterstützung von Geheimrat Schmorl und Oberarzt Schmitz anstellen konnte, nur bestätigen. Die genaueren Angaben meiner Untersuchungsergebnisse bleiben einer späteren Mitteilung vorbehalten. Gerade diese Feststellung der verschiedenen Typen wäre von außerordentlich großer Wichtigkeit, um zu ermitteln, ob es sich um eine Übertragung durch den Tiertypus [1]) oder den Menschentypus der Trichophytie handelt, oder ob — wie wahrscheinlich — beide Formen gemischt vorkommen. Bei dem außerordentlich häufigen Auftreten der Pferdetrichophytie in Frankreich (siehe die Arbeit von Sabouraud über die Pferdetrichophytie in Sedan), wäre es ja nicht unmöglich, daß der Ursprung auf diesem Gebiete liegen könnte. Ich möchte in dieser kurzen Mitteilung nur auf den Weg, den die Trichophytie genommen hat, aufmerksam machen und auf die Schwierigkeiten der Bekämpfung und die Mittel und Wege, die uns hierzu zur Verfügung stehen, hinweisen.

Nach den Erkundigungen, die ich eingezogen habe, scheint die Trichophytie — dafür spricht ja auch die Pilzflora, wie sie Fischer und Hübner gefunden haben — ihren Weg aus dem Westen genommen zu haben. Das erste Auftreten der Trichophytie im Westen an der Front ist in der Literatur 1915 nachzuweisen. 1916 fällt das gehäufte Auftreten in Köln auf, im Herbst 1916 in Frankfurt a. M. Auch in Berlin war bereits nach den Angaben von Fischer die Trichophytie 1916 stärker verbreitet wie früher. Bei uns in Dresden sind die ersten zahlreicheren Trichophytonkranken im Juli 1917 konstatiert worden. Seit dieser Zeit ist die Seuche allmählich auch auf die anderen Städte übergegangen. So wurden in Bautzen im Juni und Juli 1917 6 Fälle, im August 18, im November 32 konstatiert, und in Freiberg trat die Erkrankung noch später auf, in Löbau und Zittau im Dezember 1917. Vom Juli an sind die Trichophytie- und Sykosisfälle auch bei uns außerordentlich gestiegen. Ebenso ist in Bautzen und in den anderen kleineren Garnisonen ein auffallend starkes Steigen der Trichophytie bemerkbar. Auch in Köln ist das Auftreten dieser Seuche ein sehr gehäuftes, wie Meirowsky berichtet. Verhältnismäßig wenig scheint die Trichophytie, im Vergleich zu unseren sächsischen und zu den rheinländischen Zahlen, noch im Osten [2]) verbreitet zu sein. Auch dies würde für den Weg aus dem Westen sprechen.

[1]) Wofür das Auftreten des Trichophyt. gyps. asteroides z. B. spricht. — [2]) Nach Mitteilungen von Schäffer-Breslau und Scholtz-Königsberg, siehe auch die Arbeit von Callomon, M. Kl., 1917, Nr. 17, der unter 250 Hautkranken 20 Trichophytien hatte (Reservelazarett B in Bromberg).

Digitized by Google

Es zeigten sich außerordentliches Anschwellen der Trichophytie, schnelle Verbreitung, Umsichgreifen im Heere und, was wir Militärärzte, die wir nebenher Privatpraxis treiben oder an Krankenhäusern tätig sind, auch mit konstatieren konnten, die schnelle Übertragung und Verbreitung in die Zivilbevölkerung, die Übertragung sogar auf Frauen und auf Kinder durch den infizierten Vater, Bruder usw.

Wer Gelegenheit gehabt hat, Hunderte von Trichophytonkranken wie ich in wenigen Monaten zu sehen, wird die schnelle Verbreitung der Trichophytie erklärlich finden. Wenn man sieht, wie unscheinbar die Affektion in den ersten Tagen bisweilen auftritt, wie oft nur ein kleiner rosa Schimmer auf der Haut, ein hellrosa, kaum sichtbarer Fleck, ein leichte, weißliche Schuppung das Auftreten der Trichophytie verkündet, wird verstehen, daß kein Barbier diese Erkrankung erkennt und den erkrankten Mann so lange weiter rasiert, bis die Bartflechte wirklich zum Ausbruch gekommen ist, und in dieser Zwischenzeit wird eine außerordentlich große Anzahl der Kunden infiziert. Der Patient selbst denkt im Anfang nicht, daß das eine Bartflechte sein könnte, und es ist bei vielen Kranken sehr schwer, ihnen klarzumachen, daß sie wirklich eine ansteckende Erkrankung haben. In zwei Vorträgen, die ich vor Dresdener Friseuren und Barbieren gehalten habe, habe ich auch bemerken können, wie schwer selbst den am meisten Beteiligten das Verständnis für die Gefahr dieser Erkrankung beizubringen ist, und wie sie immer und immer wieder mit Ausflüchten kamen und darauf hinwiesen, daß sie ja eigentlich gar nicht die Überträger wären, sondern daß es noch viel wichtigere Wege gäbe, auf denen die Bartflechte übertragen werden könnte. Und auch das ist nicht abzuleugnen, daß selbstverständlich, wenn auch in allererster Reihe das Rasieren, der Haarschnitt, die Berührung mit der Wäsche, das Einseifen mit dem Pinsel als Überträger der Bartflechte dienen können und dienen werden, auch noch eine ganze Reihe anderer Umstände mitsprechen kann, die in diesem Kriege das außerordentlich gehäufte Auftreten einer Epidemie, wie wir sie in Deutschland noch nicht erlebt haben, erklärlich machen. Wir dürfen nicht vergessen, daß unsere Soldaten in dieser Zeit im Felde mit dem Mangel an Reinlichkeit zu kämpfen haben, daß für sie die Übertragungsmöglichkeiten draußen im Felde, im Unterstand, in den Schützengräben, in den gehäuften Massenquartieren hinter der Front eine außerordentlich leichte ist, daß ebenso bei uns in der Heimat bei der Überfüllung unserer Kasernen, den vielen Not- und Massenquartieren, in denen wir gezwungen sind, unsere Soldaten unterzubringen, und bei der sparsamen Verwendung von Seife der Verbreitung dieser Erkrankung die weitesten Wege geöffnet sind, und daß von dieser Masse von Erkrankten

Digitized by Google

dann mit Leichtigkeit die Übertragung auf die Zivilbevölkerung erfolgen wird und erfolgen muß.

Als besonderer Weg der Übertragung hat sich neben den Rasierstuben das Anlegen der Übungsgasmasken und das Anprobieren derselben erwiesen, sowie der häufige Gebrauch der alten Wachmäntel und der wollenen Decken, deren regelmäßiger und oftmaliger Desinfektion außerordentliche Schwierigkeiten entgegenstehen. Würde man dieselben nach jeder Wache desinfizieren, so würden sie nach kurzer Zeit zerfallen. Auch die Übertragungsmöglichkeit durch die Polster in den Eisenbahnen, durch die Berührung mit gebrauchter Wäsche, Handtüchern usw., ist nicht von der Hand zu weisen; kurz, wir sehen eine ganze Reihe von Übertragungswegen, mit denen wir früher im Frieden, in geordneten Verhältnissen, nicht zu rechnen brauchten und die das jetzige außerordentliche Ansteigen dieser Seuche erklären.

Welches sind nun die Maßregeln, die wir ergreifen müssen, um der Seuche Herr zu werden? In erster Reihe würde es sich selbstverständlich empfehlen, alle Trichophytonkranken ins Lazarett aufzunehmen und sie wochenlang zu behandeln, bis die Erkrankung abgeheilt ist. Dem stehen aber schwere Bedenken entgegen. Eine derartige Massenbehandlung von Hunderten und Tausenden von Kranken würde dem Staate erhebliche Kosten verursachen, Tausende von Soldaten würden dem Heeresdienste entzogen werden, und die Zahl der vorhandenen Fachlazarette würde nicht ausreichen. Wir sind also gezwungen, einen Teil der Kranken entweder ambulant zu behandeln, oder sie, sobald sie gebessert sind, zu entlassen, obwohl sie in diesem Stadium noch infektiös und — das hat uns diese Epidemie gezeigt — außerordentlich leicht Rückfällen ausgesetzt sind. Ich habe mich bis jetzt so beholfen, daß ich nur diejenigen Kranken ins Lazarett aufgenommen habe, die in Massenquartieren lagen oder durch die schwere Form ihrer Erkrankung als sehr infektiös erschienen, daß ich dagegen möglichst Kranke mit guter Pflege in Eigenheimen oder die leichteren Fälle aus den Massenquartieren nicht aufgenommen habe. Jedenfalls müssen wir bemüht sein, die frischen Herde sofort durch Pinselung, durch Abschluß ihrer Infektionsmöglichkeit zu berauben und dadurch den Kranken weniger ansteckend zu machen. Es empfiehlt sich deshalb, durch regelmäßige Gesundheitsdurchsichten die frischen Trichophytonkranken herauszuholen, um sie möglichst rasch der Behandlung zuzuführen und unschädlich zu machen.

In zweiter Reihe müssen alle Mannschaften, ehe sie auf Wache ziehen, vom Truppenarzt untersucht werden, ob sie an Bartflechte leiden, um die Infektion der Wachmäntel usw. zu verhüten. Ebenso sind Bartflechtenkranke von dem Dienst mit Übungsgasmasken zu befreien. Das

Digitized by Google

Rasieren soll bartflechtenkranken Soldaten verboten werden. Den Barbieren muß durch einen Befehl des Generalkommandos auf das dringendste das Rasieren bartkranker Soldaten verboten werden. Das Haar- und Bartschneiden derartiger Kranker soll in den Kasernen oder in besonderen Revierstuben stattfinden. Die dazugehörigen Instrumente müssen nach besonderen Vorschriften gereinigt werden (Durch-die-Flamme-Ziehen der Haarschneidemaschinen, Abwischen der Messer und Scheren mit Alkohol. Einlegen in Formalin- oder Kresolseifen- oder 5%ige Wasserstoffsuperoxydlösung)[1]). Bürsten und Pinsel müssen ausgekocht werden, falls sich nicht ein Verbot der Pinsel überhaupt durchführen läßt. Kämme sind ebenfalls in Formalinlösung oder Wasserstoffsuperoxyd zu reinigen. Die Bartflechtenkranken sind auf die Ansteckungsgefahr besonders aufmerksam zu machen. Sie sind am besten durch ein Merkblatt von der Gefahr der Übertragung und von den Vorsichtsmaßregeln zu unterrichten (Übertragung durch Handtücher, durch Bettwäsche, durch die Finger usw.). Das Publikum muß im allgemeinen über die Bedeutung der Bartflechtenerkrankung, über die Übertragung durch kranke Katzen, Hunde, Pferde, Hornvieh usw. aufgeklärt werden und auf die Bedeutung, die der Bartflechtenkranke schon als Überträger für seine Umgebung hat, hingewiesen werden.

Die Friseure sind durch geeignete Vorträge von der Bedeutung der Erkrankung zu unterrichten, durch Demonstrationen an Kranken sind ihnen die verschiedenen Formen vorzuführen, wie ich es bereits in Dresden getan habe, um ihnen gerade die beginnenden und Anfangsformen zu zeigen und ihnen an alten, schweren Fällen vor Augen zu führen, was sie durch die Übertragung der Flechte anrichten können; gegebenenfalls ist für sie durch das Generalkommando oder durch die Zivilbehörden ein strenges Verbot des Rasierens von Bartflechtenkranken, falls diese nicht eigene Instrumente mitbringen, zu erlassen.

Alle diese prophylaktischen Maßnahmen wären einer eingehenden Besprechung wert, da sie ebensoviel für wie wider sich haben. Sie sind einer der Hauptgründe, weshalb ich diese Frage hier angeschnitten habe. Ebenso wichtig ist die Besprechung der Behandlung, die ja ganz besondere Schwierigkeiten macht.

In erster Linie kommt es natürlich darauf an, die Diagnose Trichophytie zu sichern und Pilze nachzuweisen. Wir haben uns hierzu in allen zweifelhaften Fällen der Untersuchung mit Kalilauge oder einer 25%igen Antiforminlösung bedient. Sonst bietet auch schnell das Plautsche Anreicherungsverfahren in feuchter Kammer die Sicherung der Diagnose. Ist dieselbe sichergestellt, so muß sofort so energisch wie

[1]) Ullmann, Zur Rasierstubenhygiene. Wien 1906.

Digitized by Google

möglich behandelt werden. Ich muß offen gestehen, daß ich zu Beginn der Epidemie mit einem außerordentlich großen Optimismus an die Sache herangegangen bin und überzeugt war, daß wir mit Leichtigkeit der Seuche Herr werden würden. Ich habe aber allmählich — und darin stimmen Fischer, Meirowsky und viele andere Kollegen mit mir überein — eingesehen, daß es unmöglich ist, 1. das Weitergreifen der Erkrankung auf gesunde Stellen, 2. das Tiefergehen auf die Haare zu verhindern, 3. daß es eine ganze Reihe von Fällen gibt, bei denen eine reizende Behandlung sofort eine Verschlimmerung des Falles herbeiführt, ein Weitergreifen des Prozesses bedingt, und daß in manchen Fällen anstatt einer leichten Trichophytie derbe Wucherungen[1]) auftreten, die bei vorsichtiger Behandlung zweifellos nicht aufgetreten wären. Dementsprechend habe ich auch 4. nach starken Röntgenbelichtungen und Quarzlampenbelichtungen, die ich im Anfang versucht habe, weder eine Besserung, sondern eher eine Verschlimmerung gesehen, so daß ich die Röntgenbehandlung nur als epilationsbefördernde Behandlung zur Epilation und in den Fällen für unbedingt notwendig halte, wo es sich um die Aufsaugung alter derber Infiltrate handelt. Ebenso habe ich von der Quarzlampe eher Schaden wie Nutzen gesehen. Ganz besonders wichtig ist es, gleich von Anfang an an die Epilation aller erkrankten Stellen zu denken, um von vornherein dadurch zu verhindern, daß der Prozeß in die Tiefe geht. Zu dieser Epilation mit Hilfe der Epilationspinzette gehört natürlich ein Überwachungspersonal. Wir haben es in unserem Lazarett in der Weise eingerichtet, daß jeden Vormittag einige Stunden lang epiliert wird. Die Kranken sitzen oder stehen zu zweien sich gegenüber und epilieren sich gegenseitig unter Aufsicht, so daß jeder Mann mindestens drei- bis viermal die Woche zum Epilieren herankommt. Mehr ließ sich bei der großen Anzahl der Trichophytiefälle auf der Station nicht ermöglichen.

Was die verschiedenen Medikamente anlangt, so habe ich eigentlich alles versucht, was ich in den Lehrbüchern fand und aus eigener Erfahrung kannte. Auch hier habe ich mich wohl von der Wirksamkeit der Methoden, aber nicht von ihrer Unfehlbarkeit überzeugt. Am besten hat sich bei kleinen, umschriebenen Prozessen die Pinselung mit Jodtinktur bewährt und ein nachfolgender Salbenverband mit 2%iger Naphtholschwefelsalbe, oder Pinselung mit ½%igem Naphtholspiritus und Verband mit Naphtholschwefelsalbe, oder Pinselung nach der — soweit ich mich erinnere — Jadassohnschen Vorschrift mit 5%igem Epikarinalkoholäther und nachfolgendem Salbenverband. Auch Pinselungen mit Cignolinbenzol und Cignolinsalbe wirken in einer Reihe von Fällen außer-

[1]) Diese granulomatösen Wucherungen hat schon 1912 Sequeira in der Royal Soc. of Med., Derm. Sektion, erwähnt.

Digitized by Google

ordentlich gut, nur sind sie für die Privatpraxis der Verfärbung wegen nicht brauchbar. Ebenso wirken Lenigallol-, Pyrogallol- und Scharlachsalben und Pyrogallusazeton äußerst günstig auf die einzelnen Stellen. Auch Pinselungen mit Sublimat 0,1 — Tinct. Benzoës 10,0 und Bedecken mit Salizylseifenpflaster sind zu empfehlen, wie sich dies überhaupt zum Erweichen alter sykotischer Prozesse (ebenso wie die Wilkinsonsche Salbe) außerordentlich gut eignet. Im allgemeinen kann man nur sagen, daß jede antiparasitäre Behandlung bis zu einem gewissen Punkte nützt, daß aber keine imstande ist, mit Sicherheit zu helfen. Alle diese Methoden verhindern nicht das Weitergreifen. Ist der Prozeß erst einmal in die Tiefe gegangen, so nützen nur Epilationen durch einfaches Epilieren mit der Pinzette oder durch Röntgenbestrahlung. Ich bin allmählich zu der Überzeugung gelangt, daß es in jedem Falle von Trichophytie am besten ist, die Haare an den behaarten Stellen zu epilieren oder durch schwache Röntgenbestrahlung das Epilieren zu befördern. Doch muß auch bei dieser Röntgenbestrahlung Vorsicht geübt werden, da — wie ich vorhin erwähnte — gerade frische Trichophytonfälle durch die Röntgenbestrahlung gereizt werden und zu schweren, tiefen Sykosen auswachsen. Die schweren Fälle von Sykosis bedürfen heißer Umschläge, feuchter essigsaurer Tonerde-, Resorzin-, Borsäure-, Sublimat-Verbände und der Röntgenbestrahlung. Abszesse werden inzidiert, in manchen Fällen müssen die schwammigen Massen in der Tiefe ausgekratzt werden.

Zu meinem Bedauern bin ich noch nicht in der Lage gewesen, mit Trichophytin Versuche anzustellen. Ich habe also hierüber keine eigenen Erfahrungen, beabsichtige aber, Versuche einzuleiten. Ganz auffallend ist, daß — worauf auch schon Fischer hingewiesen hat — manchmal die am schwersten erscheinenden Formen am schnellsten ausheilen, während die scheinbar harmlosen und gutartigen wochen- und monatelang dauern. Die beste Prognose geben die Trichophytien der bartlosen Rekruten; diese gelingt es meist in kurzer Zeit zur Heilung zu bringen. Am schwersten zu behandeln sind die alten Landsturmleute mit ihren starken, derben Bärten, bei denen es fast immer zu den schwersten Formen der Sykosis, namentlich wenn sie vernachlässigt gewesen sind, kommt.

Jedenfalls zeigt diese kurze Betrachtung, daß wir es mit einer ernst zu nehmenden Seuche zu tun haben, deren Einschleppung nach Deutschland vielleicht zu verhindern gewesen wäre, wenn wir an der Front beratende Fachärzte gehabt hätten, die auf die Gefahr der Trichophytie aufmerksam gemacht hätten, und daß wir jetzt alle Hebel in Bewgung setzen müssen, um dieser Seuche, die bereits viele Tausende von Soldaten

Digitized by Google

ergriffen hat, Herr zu werden. Aus diesem Grunde habe ich dieses kleine Mahnwort geschrieben, um die Kollegen, die sich des Ernstes dieser Erkrankung noch nicht bewußt sind, aufzurütteln, und um insbesondere die Fachkollegen zur Besprechung der einschlägigen Fragen anzuregen.

Leo Leistikow †.

Der Ausgang des Jahres 1917 brachte der Hamburger Ärzteschaft wie der kommunalen Vertretung Hamburgs, der Bürgerschaft, einen gleich empfindlichen Verlust. Mit Leo Leistikow starb ein hochangesehener und vielbeschäftigter Dermatologe, starb ein in rastloser ehrenamtlicher Tätigkeit sich verzehrender Bürger unserer Stadt, welchem Entwicklung und Erschließung des Landgebietes vor allem am Herzen lag. Auf dem Landgebiet hatte er selbst sich angesiedelt. Ein ausgezeichneter Landwirt, welcher in der Bestellung seiner Felder und Gärten am liebsten Erholung suchte. Ein glänzender Musiker, welcher am Flügel in den Klängen Wagnerscher Musik seine Erbauung fand, welcher in seinem letzten Willen verlangt hatte, daß auf seinem letzten Gang die Weisen von Siegfrieds Trauermarsch erklängen. So geschah es. Eine überaus große Trauerversammlung aus allen Kreisen der Hamburger Bevölkerung gab dem Toten die letzte Ehre. Nachdem aus Freundesmund sein Bild als vorbildlicher Gatte, Vater, Freund, Mensch und Arzt an uns vorübergezogen, feierte den Politiker, dessen hohes soziales Streben und Schaffen die Erziehung seiner beiden als Berufsoffiziere in dem Kriege bestens bewährten Söhne sichtlich beeinflußt hatte, Dr. Carl Petersen, der Führer der vereinigten Liberalen, deren Fraktion Leistikow angehört hatte.

Unser Lehrer Unna betrauert in Leistikow den langjährigen Gefährten seiner praktischen Tätigkeit. Durch sein gediegenes praktisches Können vervollständigte und ergänzte Leistikow die theoretische Ideenfülle Unnas. Wenn wissenschaftliche Zwecke oder Sorge um die Gesundheit kürzere oder längere Zeit den Meister von Hamburg fortführten: seine Weltklientel konnte er jeden Augenblick in die Hände des treuen Freundes und Schülers legen.

Leistikow war in erster Linie Praktiker, wiewohl er über ein ausgedehntes theoretisches Wissen und eine große Beherrschung der Literatur verfügte. Seine vorübergehende Betätigung als Apotheker — selbst ein Apothekerssohn — in jungen Jahren war die Grundlage seiner chemischen Kenntnisse. Auf die Bereicherung unseres therapeutischen Könnens zielte der größere Teil seiner Publikationen. Die Einführung der Tinctura Liantrali composita, der Tinctura Lithantracis, des Teerfirnisses sind mit seinem Namen verknüpft. Den Teer in allen möglichen Abstufungen und Kombinationen liebte er über alles. Er war ein Künstler in seiner Anwendung. Seine praktischen Erfahrungen hatte er in einer inhaltreichen „Therapie der Hautkrankheiten“ (mit einem Vorwort von P. G. Unna, Leop. Voss, 1897) niedergelegt. Unbestechlich in seinem Urteil hatte er mit freimütiger Kritik die Arbeitsgemeinschaft vertieft, in welche später die Söhne des Lehrers eintraten.

Leistikows eigentlicher ärztlicher Wert lag in seiner innerlich frohen Persönlichkeit, deren sieghafter Optimismus auf die Kranken überstrahlte, lag in seiner vornehmen und bescheidenen Art, mit welcher er im Kollegenkreis von seiner größeren Erfahrung

Digitized by Google

mitteilte. Aus einem vorbildlich schönen Familienkreis, aus einer gesegneten ärztlichen und kommunalen Tätigkeit ist der erst Mitte der fünfziger Jahre stehende gütige Arzt und Helfer durch ein plötzlich einsetzendes Herzleiden gerissen worden. Sein Andenken wird noch lange in Ehren gehalten werden. E. Delbanco-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Zur Operation der Phimose, von Langemak. (D. m. W., 1917, Nr. 40.) L. gibt eine neue Methode an, die die dorsale Spaltung mit der Zirkumzision vereinigt. Der Vorzug dieser Operation liegt darin, daß die Naht nach hinten kommt und bei Anlegung des Verbandes unter Zurückziehen der Penishaut sauber gehalten werden kann, wodurch eine Primärheilung erzielt wird. E. Brinitzer-Altona.

b. Hoden- und Samenbläschen.

Geschlechtliche Potenz und innere Sekretion, von C. Posner-Berlin. (Ther. d. Gegenw., Aug. 1916.) P. gibt in dieser Arbeit einen kurzen klaren Überblick über die historische Entwicklung bis zum gegenwärtigen Stand der Beziehungen der inneren Sekretion zur geschlechtlichen Potenz. Durch die Versuche von Tandler und Gross sowie von Steinach ist die Frage so weit geklärt, daß wir jetzt in den Leydigschen oder interstitiellen Zellen bzw. Zellsträngen die „Pubertätsdrüse" gefunden haben, dasjenige Organ also, das in echter innerer Sekretion die Stoffe dem Kreislauf überliefert, deren Wirkung in Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale und ganz besonders der Libido und der Potenz sich äußert. Die Leydigschen Zellen sind epitheloide, fetthaltige Zellen, meist strang- oder gruppenartig angeordnet, in dem Bindegewebe eingelagert, das die Hodenkanälchen voneinander trennt. In therapeutischer Hinsicht wird man vorläufig darauf angewiesen sein, zur Gewinnung der organotherapeutischen Präparate die Hoden im ganzen zu verarbeiten, da sich anatomisch eine Trennung des interstitiellen Gewebes nicht durchführen läßt. Es wird aber vielleicht gelingen, zu dieser Verarbeitung die Hoden auf künstliche Weise besonders geeignet zu machen durch Abtötung der Keimzellen bei Intaktbleiben oder sogar Wuchern der Zwischenzellen. Prinzipiell gelingt dies z. B. durch Röntgenbestrahlung. Des weiteren haben Versuche von Biedl ergeben, daß bei Hunden mit Alkoholvergiftung die Zellen der Hodenkanälchen zugrunde gehen, während die Zwischenzellen erheblich zunehmen. Als Methode der Darreichung wird die Einnahme per os vor der subkutanen Injektion vorzuziehen sein, da die Gefahr der Anaphylaxie dabei wegfällt. E. Brinitzer-Altona.

Wann ist der Beischlaf befruchtend? von Siegel. (D. m. W., 1915, Nr. 42.) S. stellte bei 100 schwangeren Frauen, deren Männer im Felde waren, die für die Kohabitation in Frage kommenden Tage zusammen und fand, daß eine zur Befruchtung führende Kohabitation nur in den ersten 21 Tagen nach der letzten Regel möglich war. Die Konzeptionsfähigkeit war am 6. Tage nach Menstruationsbeginn am höchsten; bis zum 12. und 13. Tage hält sie sich ungefähr auf gleicher Höhe, fällt dann steil ab, um dann vom 21. Tage ab einer Sterilität Platz zu machen. E. Brinitzer-Altona.

Zur Behandlung der psychischen Impotenz, von Hans W. Maier-Zürich-Burghölzli. (M. m. W., 1916, Nr. 40.) Es handelt sich um einen belasteten 34jährigen Akademiker, der in achtjähriger Ehe nie den Koitus hatte ausüben können. Bei der Frau wurde das Hymen entfernt, er selbst wurde psycho-therapeutisch behandelt. Kein Erfolg.

Digitized by Google

Maier ließ nun durch Meyer-Ruegg Spermainjektionen bei der Frau ausführen, die Schwängerung gelang, es kam zur Geburt eines gesunden Kindes. Bald nach der Entbindung konnte der Koitus regelrecht ausgeführt werden. Maier hielt sich zu dem Eingriff berechtigt, einmal um der Frau das sehr ersehnte Kind zu verschaffen, dann aber auch, weil er hoffte den Mann dadurch zu heilen, daß die bei jedem Koitusversuch auftretende Angst, wird endlich die Sehnsucht der Frau nach dem Kinde erfüllt werden, wegfiel. Selbstverständlich muß eine intensive Suggestionsbehandlung mitwirken, in dem Sinne, daß nach der Entbindung der Koitus wegen der mechanischen Erleichterung sicher gelingen wird. A. Witte-Bremen.

Weitere Mitteilungen zur Behandlung der sexuellen Insuffizienz mit Testogan und Thelygan, von Iwan Bloch. (M. Kl., 1916, Nr. 3.) Bloch rekapituliert in der Einleitung, wie er, angeregt besonders durch die Arbeiten von Eugen Steinach, allmählich zu der Überzeugung gelangt ist, daß bei der sexuellen Impotenz — besser Insuffizienz — nicht im Zentralnervensystem die primäre Ursache liegt, sondern daß diese erst sekundär durch chemisch wirksame Stoffe der inneren Sekretion beeinflußt wird. Das Endziel der Behandlung muß also eine Wirkung auf die insuffizient wirkenden, innersekretorischen Drüsen sein. Yohimbin und Muriazithin kommen höchstens durch ihren Einfluß auf die niederen Sexualzentren als die Wirkung der Organotherapie beschleunigende Adjuvantien in Betracht. Bloch zitiert in der vorliegenden Arbeit neue Mitteilungen, die ihm von Kollegen, die seine Testogantherapie teils an sich selbst, teils in ihrer Praxis angewendet haben, gemacht worden sind, und die durchweg sehr günstig lauten. Noch frappanter waren die Erfolge, wenn den Mitteln noch wirksamere Substanzen aus der Thyreoidea beigefügt wurden. Bloch gibt drei Krankengeschichten wieder, die ihm von einem Kollegen zur Verfügung gestellt worden sind; dieselben geben einen deutlichen Aufschluß über die große Wirksamkeit von Thyreo-Testogan und Thyreo-Thelygan bei Insuffizienz der innersekretorischen Organe; besonders gut hat sich das letztere bei Frauen bewährt, die infolge von Menstruationsanomalien in ihrem ganzen seelischen und körperlichen Befinden schwer beeinträchtigt waren. Bloch spricht dann von seinen eigenen günstigen Erfolgen; auch bei Sexualneurasthenie von Kriegsteilnehmern hat er solche erzielt; er kombiniert gern die Verabreichung per os mit der subkutanen Applikation. Auch rektal können die Präparate ohne Schädigung des Darmes angewendet werden. Bloch schlägt vor, die Dosis dann um $^1/_3$ zu steigern, da er annimmt, daß vom Darm aus nur $^2/_3$ resorbiert werden. O. Lasch-Breslau.

Über den Einfluß der Kastration auf den Larynx der großen Haussäugetiere, von Josef Schreiber-Wien. (Anat. Anz., 1916, Bd. 49, Nr. 5—6.) Die im Jugendstadium ausgeführte Kastration der männlichen Individuen unserer großen Haussäugetiere übt einen wachstumsändernden Einfluß auf den Larynx aus. Beim Pferd besteht diese Beeinflussung in einer Abänderung der Formbildung der Knorpel und in einer Verkürzung der Ligamenta vocalia. Der Larynx der frühkastrierten Rinder bleibt auf einer mehr infantilen Stufe, welche an Größe und Form dem weiblichen Kehlkopf nahesteht.
O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Geschlechtsdrüsen-Überpflanzung, von G. Frank Lydeton. (J. Am. m. Assoc., 1916, Nr. 20.) Verfasser berichtet über zwei Fälle von männlichen Geschlechtsdrüsenüberpflanzungen. In keinem Falle kam es zu einem Verschwinden oder zu einer Veränderung des eingepflanzten Gewebes während der 1—18monatlichen Beobachtungszeit.
K. Boas-Rostock.

Über Lipomata scroti, von Dubinsky-Bern. (Zschr. f. urol. Chir, 1916, Bd. 3, H. 5.) Die Entwicklung von Fettgeschwülsten im Hodensack wird selten beobachtet. In der spärlichen Literatur fügt der Verfasser einen neuen Fall zu, der als Lipom des Skrotums

Digitized by Google

beschrieben wird. Die linke Skrotalhälfte ist stark vergrößert. Am oberen Ende des Sackes steht ein kugliger Körper vor, der die Haut vorwölbt. Nach unten innen ist ein derber, lappiger Tumor zu fühlen von Apfelgröße. Nach unten zeigt er einen dünnen, leicht gelappten Stiel bis zum Grunde des Skrotums. Druck ist nicht schmerzhaft. Der Tumor läßt sich leicht abgrenzen, aber nicht ganz trennen. Aus der derben Konsistenz, dem lappigen Bau, der vollkommenen Unempfindlichkeit des Tumors wäre die Diagnose als Lipom des Skrotums gestellt. Die Operation bestätigt die klinische Diagnose. Das Präparat ist platt oval, 10—12 cm lang, 6 cm breit und 2 cm dick, es ist sehr großlappig, von gleichmäßig gelblicher Farbe und ziemlich derber Konsistenz. Nur an seinem unteren Ende zeigen sich mehrere kleine isolierte Lipomknoten. Mikroskopisch besteht der Tumor aus Fettgewebe mit ziemlich großen Fettzellen und mäßig zahlreichen Blutgefäßen. Der Tumor hat seinen Ausgang von der Tunica dartos am Fundus des Skrotums genommen. W. Chrzelitzer-Posen.

Primäres peritheliales Sarkom des Samenstrangs. Bericht über einen Fall von Adolph Brand-New York. (New York m. J., 2. Sept. 1916.) Am Samenstrang sind verschiedene Formen von Neubildungen schon gefunden worden: Lipome, Fibrome, Myome, Myxome, Myxolipome, Sarkom, Karzinom usf.; von den gutartigen ist Lipom am häufigsten, von den bösartigen Sarkom. Maligne Neubildungen des Samenstranges können in jedem Alter vorkommen, aber vor allem bei Männern mittleren und höheren Lebensalters. In dem vorliegenden Falle handelte es sich um einen 28jährigen Mann, der sechs Wochen nach einer Harnröhrenblennorrhoe wegen eitriger, hämorrhagischer Orchitis operiert wurde und ein Jahr später mit einer Geschwulst am linken Hoden, die nach des Patienten Angabe etwa zwei Monate nach der Orchidektomie begonnen habe sich zu entwickeln, sich vorstellte. Die Diagnose wurde auf Neubildung des Samenstrangs gestellt, dieselbe gründlich entfernt, und mikroskopisch ergab sich das Bild eines Perithelioms oder perithelialen Sarkoms. Die interessanteste Frage bei diesem Falle ist die ätiologische: die Annahme, daß der frühere Eiterungsprozeß im linken Hoden und der dadurch bedingte chirurgische Eingriff die Rolle eines Traumas bei der bald folgenden Entwicklung der Neubildung im Samenstrang bildete, ist wohl einigermaßen gerechtfertigt. Außerdem sind der günstige Verlauf — zwei Jahre nach der letzten Operation erfreut sich Patient noch bester Gesundheit — und das Alter desselben in Anbetracht einer bösartigen Geschwulst weitere bemerkenswerte Tatsachen. M. Stern-München.

Über das Lymphangiom des Samenstrangs, das Ligamentum rotundum und der Leistenbeuge, von Karl Wiesner-Breslau. (Beitr. z. klin. Chir., 1916, Bd. 104, H. 1.) Verfasser schildert zwei operierte Falle von Lymphangiom, die vor der Operation als solche nicht zu erkennen waren, daran anschließend die bisher beschriebenen gleichartigen Fälle und geht dann auf die Differentialdiagnose des näheren ein. Es zeigt sich eine weiche, wenig resistente Anschwellung, ober- oder unterhalb der Leistenbeuge. Fluktuation und Transparenz. Vollständige Reposition ist nicht möglich. Die Verwechslung mit einer Hernie wird auf Grund der klinischen Geschichte leicht dadurch herbeigeführt, daß intermittierend auftretende Entzündungen des Lymphangioms eine gewisse Ähnlichkeit mit einer Brucheinklemmung, speziell einer Netzinkarzertion, darbieten können. Eine solche intermittierende Entzündung findet man bei dem Lymphangiom ziemlich häufig. Plötzlich heftige Schmerzen, die Geschwulst vergrößert sich, Fieber bis 40°, starkes Erbrechen. Küttner hält diese intermittierende Entzündung für eine Infektion, die verschieden schwer verläuft, die von selbst zurückkehrt — aber auch zur septischen Allgemeininfektion führen kann. W. Chrzelitzer-Posen.

Zur Erhaltung des Hodens bei Ektopie, von J. Philipewicz. (W. kl. W., 1917. Nr. 8.) Beschreibung der Operation eines Patienten mit doppelter Inguinalhernie und

Digitized by Google

linken ektopischen Leistenhoden. Hierbei wurde besonderer Wert auf die Erhaltung des Ligamentum Hunteri gelegt. Die Erwähnung eines zweiten Falles dient dazu, eine Technik anzugeben, welche das Zurückschlüpfen des Hodens nach der Orchidopexie im Skrotum verhindert. H. Vörner-Leipzig.

Über epidemische Speicheldrüsen- und Nebenhodenentzündung, von Eichhorst-Zürich. (Zbl. f. d. ges. Med., 1917, Nr. 8.) Mitteilung eines Falles von epidemischer Parotitis, bei dem auf der einen Seite eine Hoden- und auf der anderen Seite eine Nebenhodenentzündung auftrat und bei dem zeitweise auch auf der gleichen Seite Hoden und Nebenhoden erkrankt war. Es handelt sich also bei der Parotitis epidemica keineswegs ausnahmslos um eine Hodenentzündung, wie Eichhorst es auch schon früher an zwei Fällen feststellen konnte. E. Brinitzer-Altona.

Über epidemische Speicheldrüsen- und Nebenhodenentzündung, von Eichhorst-Zürich. (Z. f. innere Med., 1917, Nr. 8.) Eichhorst teilt einen Fall von epidemischer Parotitis mit, bei dem zuerst der linke Hoden erkrankte, wenige Tage später folgte eine rechtsseitige Nebenhodenentzündung, auch der rechte Hoden zeigte ein vereinzeltes entzündliches Knötchen. A. Witte-Bremen.

Über das Adenomyom des Nebenhodens, von J. Sakaguchi-Tokio. (Frankf. Zschr., 1916. Bd. 18., Heft 3.) Kasuistischer Beitrag. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Zur Diagnose der hauptsächlichsten Formen von Nebenhodenentzündung, von Linser-Tübingen. (Beitr. z. kl. Chir., 1916, Bd. 104, H. 1.) Der Verfasser macht darauf aufmerksam, daß die Syphilis des Nebenhodens sehr häufig übersehen wird; die Wassermannsche Reaktion ist auf alle Fälle zur Differentialdiagnose heranzuziehen. W. Chrzelitzer-Posen.

Behandlung der akuten Epididymitis mit Punktion, von H. W. E. Walther. (M. Record, 2. Okt. 1915.) Verf. macht bei Epididymitis die mehrfache Punktion und hat sehr gute Erfolge damit erzielt. Der Schmerz schwindet sofort, Schwellung und Fieber gehen in den nächsten 6—12 Stunden zurück. R. Frühwald-Leipzig.

Über primäre Epididymitis, von Gösta Åhmann-Aahman. (Hygiea, 1916, Bd. 78, H. 13.) Der Verfasser berichtet über vier Fälle, die er als primäre Epididymitis ansieht, d. h. Blennorrhoe, die sich einen oder einige Tage nach dem infizierenden Koitus mit Epididymitis und einer nahezu gleichzeitigen Urethritis posterior offenbarte. In allen vier Fällen sind es Patienten, die Verfasser anläßlich einer Syphilisbehandlung viele Jahre unter Beobachtung gehabt und die er persönlich als ehrlich und gewissenhaft in ihren Angaben kennengelernt hat. Keiner hat vorher Blennorrhoe gehabt, und bei den aus anderen Anlässen gemachten fleißigen Harnuntersuchungen zeigten sich keine Zeichen, die auf überstandene Blennorrhoe gedeutet hätten. In einem der Fälle hatte Verfasser Gelegenheit, kurz vorher die Prostata und deren Sekret zu untersuchen, welche normal befunden wurden. Alle Fälle führten zur Genesung und hinterließen keine Veränderungen der Prostata oder deren Sekretes. Verfasser hält deshalb mit allergrößter Wahrscheinlichkeit jede Verwechslung mit Blennorrhoerezidiv für ausgeschlossen. Alle Fälle hatten gemeinsam, daß sie unmittelbar nach schweren sexuellen Exzessen auftraten. Im Zusammenhang hiermit gibt Verfasser eine kurze Übersicht über das, was man bisher von der allgemeinen Pathogense der blennorrhoischen Epididymitis zu wissen glaubt und hält sich dabei besonders bei Oppenheim und Löws Untersuchungen über die antiperistaltischen Bewegungen des Vas deferens auf. (Virch. Arch., 1905.) W. Holland-Kristiania.

Digitized by Google

c. Prostata.

Die menschliche Prostata im mittleren Lebensalter, von Oswald S. Lowsley-New York. (M. Record, Bd. 90, Nr. 1, 1. Juli 1916.) Die Arbeit bietet eine eingehende makroskopische und mikroskopische Studie über die Prostata im dritten, vierten und fünften Lebensdezennium. A. Gunsett-Straßburg.

Zur Kenntnis des Climacterium virile, insbesondere über urosexuelle Störungen und Veränderungen der Prostata bei ihm, von Max Marcuse in Berlin. (Neurol. Zbl., 1916, Nr. 14.) In der vorliegenden Arbeit betont Marcuse mit der ihm eigenen intensiven Art und zwingenden Logik das Vorkommen eines Climacterium virile. Zugleich verbreitet er sich über die Rolle, welche die Prostata als innersekretorisches Organ dabei spielt. Am Schlusse erwähnt Marcuse, daß er von der Organotherapie, speziell dem Blochschen Testikulin und dem Beroschen Hormin, gute Erfolge gesehen habe. Die Arbeit muß im Original gelesen werden; sie eignet sich nicht zum Referieren. O. Lasch-Breslau.

Notiz, betreffend Beziehungen zwischen Prostata-Hypertrophie und Hoden, von G. Praetorius in Hannover. (M. Kl., 1916, Nr. 22.) In einer kurzen Notiz bringt Praetorius ohne jeden sonstigen Kommentar folgenden kasuistischen Beitrag über die Beziehungen zwischen Prostatahypertrophie und Hoden. Er fand bei einem 75jährigen Manne, der infolge eines vor 40 Jahren erlittenen, schweren Traumas (Quetschung) eine Atrophie des rechten Hodens hatte, bei der Untersuchung per rectum nur die rechte Hälfte der Drüse hypertrophiert bis zum Vier- bis Fünffachen der linken Hälfte. Der vergrößerte Teil schnitt genau in der Mittellinie ab, war von regelmäßiger Form und mittelweicher Konsistenz; die linke Hälfte der Drüse völlig normal. Bei der zystoskopischen Untersuchung findet sich gleichfalls eine halbseitige Hypertrophie; doch ist hier die linke Hälfte des Mittellappens erheblich vergrößert, während die Sphinktergegend rechts, fast genau von der Mitte an normale Größenverhältnisse aufweist. O. Lasch-Breslau.

Behandlung der chronischen Prostatitis in der allgemeinen Praxis, von William J. Robinson-New York. (M. Record, 5. Dez. 1914.) Die Behandlung der chronischen Prostatitis ist allgemein und lokal. In ersterer Hinsicht: Bekämpfung der Obstipation, leichte Diät, Einschränkung des Alkohols, Hebung des Allgemeinzustandes. Duschen. Die wichtigste lokale Maßnahme ist die Massage, die aber in kundiger Weise ausgeführt werden muß, um nicht zu schaden. Dazu kommen heiße rektale Duschen und heiße Sitzbäder. Natürlich müssen pathologische Zustände der Urethra, Kollikulitis, Urethritis posterior, Strikturen gleichzeitig behandelt werden. R. Frühwald-Leipzig.

Einige Gedanken über Prostatektomie, von Henry H. Morton-New York. (New York m. J., 9. Sept. 1916.) Nach kurzer Beschreibung der drei Stadien der Prostatahypertrophie erklärt M., eine sehr wichtige Probe bei deren Diagnose und Operationsmöglichkeit bilde die sezernierende Fähigkeit der Nieren; bei niederem spezifischem Gewichte des Urins sollte nicht operiert werden, und jedesmal, wenn sich M. in solchen Fällen zur Operation verleiten ließ, mußte er es nachträglich bedauern. Der ideale Fall zur Prostatektomie ist ein Patient im zweiten Stadium, wo die Insuffizienz der Blase im Beginn und nicht sehr ausgesprochen, wo vielleicht eine geringe Menge von Residualharn, keine Zystitis vorhanden und die Nieren gesund sind. 43 Patienten mit Prostatahypertrophie im Alter von 57—82 Jahren wurden von M. operiert; von diesen starben sechs, wovon aber zwei, bei welchen schon vorher die Prognose eine ganz schlechte war, die Mortalitätsziffer würde also etwa 10% betragen. Könnte man die

Digitized by Google

Fälle in ganz geeigneter Weise auswählen, so würde die Mortalität sicher auf 5% und noch weniger herabsinken: bei Leuten bis zu 65 Jahren, die sich sonst wohlbefinden, gute Nieren und ein gutes Herz haben; aber die alten Männer mit schlechten Nieren und Urosepsis bringen den Mortalitätssatz höher. M. macht es jeweils vom Falle abhängig, ob von oben oder unten operiert wird, glaubt auch, es sei wenig Unterschied, welcher Chirurg die Operation macht, sondern von besonderer Wichtigkeit seien die Einzelheiten der Vorbereitungen vor derselben und die postoperierten Maßnahmen, worüber M. sich in eingehender Weise ausspricht. M. Stern-München.

Die Resultate der Prostatektomie, von H. Coenen und Technau-Breslau. (Beitr. z. klin. Chir., 1917, Bd. 110, H. 2.) Unter 27 nach einheitlichem Prinzip ausgeführten Operationen haben die Verfasser 25 gute Resultate und 2 Mißerfolge durch Striktur und Tod zu verzeichnen. Die Todesfälle durch Lungenkomplikationen und Infektion sind zu vermeiden. Keine Allgemeinnarkose — sondern Lumbalanästhesie. Dagegen ist die primäre Entwicklung der postoperativen Striktur nicht zu verhindern, wohl aber durch unblutige Erweiterung abzuschwächen und so auszuschalten. Das primäre Einlegen des Katheters gleich im Anschluß an die Operation würde nichts nützen, denn die Striktur bildet sich erst in den späteren Wochen. W. Chrzelitzer-Posen.

Ein Fibrom der Prostata, von Th. Naegeli-Bonn. (Beitr. z. klin. Chir., 1917, Bd. 110, H. 2.) Patient 43 Jahre. Seine Beschwerden sind der durch Prostatahypertrophie gleich. Operation ergibt einen harten Knoten, der histologisch als Fibrom diagnostiziert wird. W. Chrzelitzer-Posen.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Zur Theorie des Residualharns, von Victor Blum. (W. kl. W., 1917, Nr. 39.) Die Ursachen, welche zur Retention des Residualharns führen, liegen 1. in krankhafter Innervation und 2. in der Veränderung des Blasenmuskels. Die Ursachen der Inkontinenz werden erörtert. Am Schluß folgen verschiedene Blasenformen im Röntgenbilde. H. Vörner-Leipzig.

Organisatorische und klinische Erfahrungen in der Sammelstelle für Nierenkranke einer k. u. k. Armee im Felde, von Julius Schütz. (W. m. W., 1917, Nr. 25.) Der Bericht stützt sich auf 500 Fälle. Die individuelle Behandlung ist möglich. Wichtig ist die Bestimmung des Blutdruckes für die Überwachung der Dosierung körperlicher Leistungen und für die Diät die Bestimmung des Eiweißgehaltes. Zweckmäßig sind periodische Untersuchungen. H. Vörner-Leipzig.

Die Nephritis bei Kriegsteilnehmern, von Josef Sladek. (W. m. W., 1917, Nr. 25.) Der Verf. kommt auf Grund seiner Beobachtungen und literarischen Studien zu der Ansicht, daß die Ätiologie der Kriegsnephritis nicht einheitlich ist. Erkältung und einseitige Ernährung wirken disponierend, die eigentliche Ursache ist wahrscheinlich eine Infektion. Pathologisch-anatomisch finden sich keine Besonderheiten. Erythrozyturie und Neigung zu Ödem weisen auf eine Schädigung der Kapillaren sowohl der Niere als des Gesamtorganismus hin. Der Blutdruck ist meistens (75%) normal im Gegensatz zur Glomerulonephritis. Nur wenige Fälle heilen glatt, die meisten werden chronisch. H. Vörner-Leipzig.

Nierenerkrankungen bei Kriegsteilnehmern, von Wilhelm Preminger. (W. m. W., 1917, Nr. 25.) Anamnestisch kommen durchgemachte Strapazen, frühere Infektionen, Potus und allgemeine Schwäche in Betracht. Die unmittelbare Veranlassung war meist starke Durchkältung. Die Frühsymptome, Dyspnoë und Ödeme, in objek-

Digitized by Google

tivem und subjektivem Befund werden kurz skizziert. Ausführlicher wird die Röntgenuntersuchung des Herzens und der Aorta berücksichtigt. Weiter folgen Bemerkungen über Blutdruck, Leber-, Milz- und Nierenveränderung. Die Therapie nimmt von reinen Milchkuren Abstand, verwendet Trinkkuren mit Marienbader Rudolfsquelle.

H. Vörner-Leipzig.

Was ist Kriegsnephritis? von A. Brosch-Wien. (W. m. W., 1917, Nr. 4—5.) Der Verf. berichtet zunächst über 21 Sektionsbefunde. Die Ergebnisse derselben sowie die mannigfachen Symptome, welche sich bei diesen Nephritisfällen finden, weisen darauf hin, daß die Ursache derselben auf einer Avitaminose beruht. Die Bedingungen für das Entstehen dieser Ernährungsstörung liegen in den Anstrengungen der Winterfeldzüge im Verein mit dem Mangel an frischer, vitaminreicher Kost.

H. Vörner-Leipzig.

Über die in diesem Kriege beobachtete neue Form akuter Nephritis, von B. Ullmann. (B. kl. W., 1916, Nr. 38.) Verf. beobachtete eine Anzahl Nephritiden hämorrhagischen und gleichzeitig desquamativen Charakters, deren gleichmäßiger vom gewöhnlichen Typus abweichender Befund ihn diese Form von anderen Nierenerkrankungen differentialdiagnostisch abgrenzen und eine besondere Krankheit und zwar eine akute Infektionskrankheit annehmen ließ. Eine Besonderheit bot der mikroskopische Befund des Urinsediments: Zylinder verschiedenster Art, hyaline, granulierte, besonders viele Blutkörperchenzylinder; daneben eine große Menge sowohl kubische wie Bürstenepithelien und außerordentlich zahlreiche rote Blutkörperchen, es fehlten aber gänzlich Leukozyten. Abweichend erschien ferner Verf. die Wandlung dieses Bildes im weiteren Verlauf: erst verschwanden nach wenigen Tagen die Epithelien, dann die Zylinder, und es kam eine lange Zeit reiner Hämaturie; allmählich traten dann Leukozyten auf, die immer reichlicher wurden, während die roten Blutkörperchen abnahmen. Auch nach Verschwinden der Zylinder hielt die starke Albuminurie an. Schließlich weichen auch die weißen Blutkörperchen und die Albuminurie. Auch Beginn, Verlauf und sonstige klinische Symptome zeigten charakteristische Merkmale: außerordentlich akuten Beginn aus voller Gesundheit, plötzliches Auftreten starker Ödeme mit geringer Neigung zum Schwinden, schnelles Abklingen des Fiebers. Abarten zeigten sich in Form von 1. pyelitis- und zystitisähnlichen Erkrankungen, 2. Ödemen ohne morphologische und chemische Urinveränderung, 3. reiner Albuminurie ohne Ödeme, letztere als zugehörig nur dann zu erkennen, wenn sie gleichzeitig und untermischt mit typischen Fällen auftritt. Die Pathogenese besteht nach Verf. in einer Schädigung der Wandungen der Kapillargefäße durch die sich hauptsächlich im Urinsystem und hier wieder vorzugsweise in den Nieren lokalisierende allgemeine Infektion des Körpers. Der Verlauf erstreckte sich in einzelnen Fällen nur über wenige Wochen, in anderen über viele weitere. Der Ausgang war mit wenigen Ausnahmen ein günstiger. Verf. wandte eine indifferente Behandlung mit Ruhe und reizloser Kost ohne Flüssigkeitsentziehung an.

E. Klemm-Leipzig.

Verschiedenes.

Reg.-Arzt d. R. Prof. Rudolf Winternitz in Prag erhielt das Ritterkreuz des Franz-Joseph-Ordens mit der Kriegsdekoration.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

16. März 1918 | Nr. 11 | Band 66

Krieg, Geschlechtskrankheiten und Prostitution in ihren Wechselbeziehungen.

Kritische Referate.

Von

Dr. Ernst Levin in Berlin.

I.

Allgemeiner Einfluß des Krieges auf die Geschlechtskrankheiten und Besonderheiten in deren Auftreten.

Noch befinden wir uns mitten im Toben des größten aller Kriege, erleben täglich erneut die Schrecken und Leiden, die er verbreitet, und können sein Ende, wenn auch hier und da ein schwacher, Frieden verheißender Hoffnungsstrahl aufzuckt, nicht absehen, und doch erscheint es auf den verschiedensten Gebieten angebracht, schon jetzt die Erfahrungen, die der Krieg gezeitigt, zu sammeln und kritisch zu beleuchten, und für die gewiß nicht leichten Zeiten nach Friedensschluß, die Periode der „Übergangswirtschaft", Vorsorge zu treffen. Das hygienisch und bevölkerungspolitisch so wichtige Gebiet der Geschlechtskrankheiten ist Gegenstand zahlreicher Veröffentlichungen geworden, die sich auch auf die, eine ihrer wesentlichsten Quellen darstellende Prostitution erstrecken; sie sind zurzeit spärlicher geworden und lassen erkennen, daß man hier zu einem gewissen Abschluß gekommen ist, so daß der Versuch, zusammenfassend über sie zu berichten, nicht als unangebracht erscheinen wird.

Wir werden uns mit dem schon von alters her bekannten Einfluß des Krieges auf das Auftreten der Geschlechtskrankheiten, der Bedeutung, die diese für das Heer und seine Wehrfähigkeit haben, mit den vorbeugenden Maßnahmen, die zum Schutze des Heeres gegen sie ergriffen worden sind, und der Verbreitung, die sie trotzdem gefunden haben, sowie mit ihrer Behandlung beim Heere zu beschäftigen haben, und da es sich um in ihrer Masse noch nie gesehene Volksheere handelt, die in dauerndem Zusammenhange mit der Heimatsbevölkerung stehen, und deren sanitäre Verhältnisse schon während des Krieges wesentlich beeinflussen, haben wir auch die Bedeutung des Krieges für die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Heimatsgebiete, die Maßnahmen,

Digitized by Google

die gegen die Gefahr einer weitgehenden Durchseuchung besonders für den Fall der Demobilisierung zu treffen sind, sowie die allgemeinen bevölkerungspolitischen Maßnahmen, die die Zeit nach dem Kriege infolge der zahlreichen aus ihm sich ergebenden neuen Gesichtspunkte erfordern wird, und die damit in engem Zusammenhange stehenden Vorschläge zur Neuregelung des Prostitutionswesens zu betrachten.

Inwieweit durch den Krieg wirklich ein weiteres Umsichgreifen der Geschlechtskrankheiten bewirkt worden ist, wird später zu erörtern sein; hier sei zunächst auf eine indirekt damit zusammenhängende Zunahme der Syphilis hingewiesen, die v. Crippa (1) von dem Abweichen von der altbewährten Quecksilberbehandlung und der ausschließlichen Salvarsanbehandlung befürchtet, wodurch so behandelte Kranke zu ausgiebigen Infektionsquellen würden. Wenn auch in seinen Darlegungen eine Voreingenommenheit gegen das Salvarsan nicht zu verkennen ist, so darf die schon im Frieden hervorgehobene Gefahr, die in der schnellen Beseitigung der äußerlich sichtbaren Erscheinungen verbunden mit dem durch die Veröffentlichungen der ersten Salvarsan-Periode beim Publikum wachgerufenen Glauben, durch eine oder wenige Einspritzungen endgültig geheilt zu werden, nicht übersehen werden, zumal die Kriegsbehandlung der Syphilis sich vielfach mit der Beseitigung der sichtbaren Erscheinungen befriedigt erklärt. Es kann aber eine latente Lues, abgesehen von den bei ungenügender Behandlung zu befürchtenden häufigeren oder schwereren Rückfällen bzw. Folgeerscheinungen und der erhöhten und länger andauernden Infektiosität, auch für den Krieg selbst von Bedeutung werden, indem sie, wie Finger (2) hervorhebt, den Heilungsverlauf einer Kriegsverletzung ungünstig beeinflußt. Ist die Neigung der Syphilis, schon frühzeitig das Zentralnervensystem anzugreifen, erst in den letzten Jahren richtig gewürdigt worden, so ist dies nach Jadassohn (5) im Kriege um so bedeutungsvoller, als dieser schon immer im Rufe stand, schon an und für sich zu Tabes zu disponieren.

Finger (3, 4) glaubt, daß während des Krieges das Ulcus molle häufiger und virulenter geworden sei; er verzeichnet auch eine Zunahme der Vulvo-Vaginitis kleiner Mädchen und der extragenitalen Primäraffekte. Letztere stiegen nach Stein (8) in der Ambulanz der Universitätsklinik von 4% auf 6%. Zeigen sich so schon Besonderheiten im Auftreten der Geschlechtskrankheiten, so sollte es dem Krieg vorbehalten bleiben, gewissermaßen neue Geschlechtskrankheiten zu produzieren, und zwar Geschlechtskrankheiten, die eigentlich keine sind. Nicht jeder zum Heere eingezogene Mann ist ein Held, und so führte die von den Leuten beobachtete Möglichkeit, durch Geschlechtskrankheiten von dem Dienste besonders an der Front loszukommen und längeren Lazarett- und Heimats-

Digitized by Google

urlaubs teilhaftig zu werden, zu der von Lipschütz (6) beschriebenen artefiziellen Erzeugung von Geschlechtskrankheiten, bei der durch stark reizende Einspritzungen Verschorfungen der Harnröhre, sowie durch Verätzungen Geschwüre hervorgerufen wurden, die einem Ulcus molle und selbst einer Sklerose täuschend ähnlich sahen. W. Pick (7) sah diese Simulation von Geschlechtskrankheiten besonders an der Front, wo die Gelegenheit, natürliche Geschlechtskrankheiten zu erwerben, oft unmöglich ist, und zwar in 5—7 % aller Fälle; er gibt eine eingehende Schilderung der zur Beobachtung kommenden Formen, unter denen sich auch künstlich hervorgerufene Früh- und Spätformen allgemeiner Syphilis (Papeln am Skrotum, gummöse Hautgeschwüre) fanden, und der zu ihrer Erzeugung verwandten Mittel und bespricht die wichtige Differentialdiagnose von den entsprechenden wirklichen Krankheitserscheinungen. Die rechtzeitige Erkenntnis, worum es sich handelt, sei wichtig, um das beste Abschreckungsmittel, die baldige Rücksendung zum Truppenteil, schleunigst zur Anwendung bringen zu können. Während in diesen Fällen der freie Wille der Betreffenden für die Erkrankung maßgebend ist, dürfte gerade das Gegenteil der Fall sein, bei der eines tragischen Beigeschmacks nicht entbehrenden, von Wolff (9) in einem Lazarett beobachteten Infektion eines Rekonvaleszenten mit Tripper durch eine Rote-Kreuz-Schwester.

Literatur.

1. v. Crippa, J. F., Ein Beitrag zum Kapitel: Dermatologische Kriegserfahrungen. Arch. f. Derm., 1916, Bd. 123, H. 2. — 2. Finger, E., Die Geschlechtskrankheiten und der Krieg. W. kl. W., 1914, Nr. 45. — 3. Finger, E., Geschlechtskrankheiten und Hautkrankheiten im Kriege. W. m. W., 1916, Nr. 21. — 4. Finger, E., Geschlechts- und Hautkrankheiten im Kriege. M. Kl., 1916, Nr. 23. — 5. Jadassohn, J., Prophylaxe und Behandlung der venerischen Krankheiten im mobilisierten und im Kriegsheer. Schweiz. Korr. Bl., 1915, Nr. 12. — 6. Lipschütz, Dermatologische Beobachtungen während des Krieges. III. Der Einfluß des Krieges auf das Auftreten von Haut- und Geschlechtskrankheiten W. kl. W., 1917, Nr. 26. — 7. Pick, W., Die Simulation von Geschlechtskrankheiten. M. Kl., 1917, Nr. 6. — 8. Stein, R. O., Der Einfluß des Krieges auf die Verbreitung der venerischen Affektionen auf die Zivilbevölkerung. W. m. W., 1916, Nr. 28. — 9. Wolff, Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Heere und ihre Verhütung. Mitt. D. Ges. Bek. Geschlechtskrkh., 1915, Bd. 13, Nr. 1.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Aus der Hautklinik der städtischen Krankenanstalten zu Dortmund
(Leitender Arzt: S. R. Dr. Fabry).

Die Behandlung der Syphilis mit Novasurol.

Von

Dr. med. Wilhelm Eitel, Assistenzarzt der Klinik.

Seit Oktober vorigen Jahres bringen die Elberfelder Farbwerke (vorm. Friedr. Bayer & Co.) unter der Bezeichnung „Novasurol" ein neues Quecksilberpräparat zur Syphilisbehandlung in den Handel. Obwohl das Präparat sich bei mehrjähriger klinischer Prüfung als wertvolle Bereicherung unserer Antisyphilitika erwiesen hat, kommt es erst jetzt in den Verkehr, weil die Herstellung einer dauernd haltbaren Lösung anfangs Schwierigkeiten begegnete.

Die Firma Bayer stellte unserer Klinik seit dem Sommer 1915 das Präparat in Substanz in reichlichen Mengen zur Erprobung an unserem großen Luesmaterial zur Verfügung. Wir stellten eine 10%ige Lösung in Aq. dest. her und gaben von dieser Lösung 1 ccm einen um den anderen Tag.

Das Novasurol sollte das in den früheren Jahren von derselben Firma in den Handel gebrachte Asurol ersetzen, da dieses sehr häufig unangenehme Nebenwirkungen gezeigt hatte, die einer ausgedehnteren Verwendung hinderlich waren. Bei allem Skeptizismus gegenüber den vielen neuen Präparaten, mit denen der Markt seit Jahren überschwemmt wird, haben wir in dem Novasurol nach unseren Erfahrungen ein wertvolles neues Medikament erhalten.

Chemisch ist das Novasurol eine Doppelverbindung von Oxymerkurichlorphenoxylessigsaurem Natrium mit Diäthylmalonylharnstoff. Es ist eine organische komplexe Quecksilberverbindung, welche 33,9% Hg in nicht ionisierbarer Form enthält und in Wasser mit neutraler Reaktion löslich ist. Trotz der guten Wasserlöslichkeit fehlt die stürmische Wirkung der Hg-Salze und der Effekt hält länger an, so daß das Novasurol den unlöslichen Hg-Präparaten näher steht. Nach toxikologischen Versuchen führt eine sicher tödliche Dosis erst nach 12—20 Tagen ad exitum, während die gewöhnlichen Hg-Salze schon nach 2—3 Tagen den Tod herbeiführen. Das Hg im Novasurol scheint hiernach länger im Körper zu bleiben und erst allmählich zur vollen Wirkung zu gelangen.

Das Präparat kommt in Packungen zu 10 Ampullen à 2,2 ccm der 10%igen Lösung in den Handel. 2 ccm enthalten 0,0678 g Hg. Man kann somit dem Körper verhältnismäßig große Mengen Hg in kurzer

Digitized by Google

Zeit einverleiben und zwar nach unseren Erfahrungen ohne irgend welche Schädigung.

Wir haben das Novasurol bei mehreren 100 Patienten und zwar in allen Stadien der Lues in Anwendung gebracht. Eine größere Anzahl Patienten haben wir zunächst nur mit Novasurol behandelt, um die Wirksamkeit des Präparates auf die verschiedenen Manifestationen der Lues besser beurteilen zu können. In den allermeisten Fällen schwanden bei dieser Therapie die luetischen Symptome auffallend schnell. Erosivschanker und Sklerosen epithelisierten bald. Die verschiedenen Formen der luetischen Exantheme und Enantheme schwanden prompt; auch tertiäre Formen heilten, wenn auch langsamer, restlos. Bei maligner Lues mußten wir jedoch bald zur Kombination mit Salvarsan übergehen, da hier nur geringe Wirkung zu verzeichnen war.

Bei einigen ziemlich schweren Fällen von Säuglingssyphilis war das Resultat ein sehr günstiges. Die Kinder vertrugen das Präparat sehr gut (1%ige Lösung 0,5 ccm 2—3mal wöchentlich) und blühten unter dieser Therapie schnell auf. Erwachsene und Kinder nahmen fast ausnahmslos im Verlaufe der Kur an Gewicht zu.

Dem häufiger beobachteten Umschlagen der positiven Wassermannschen Reaktion in eine negative nach 15 bzw. 20 Injektionen Novasurol will ich keinen besonderen Wert beimessen, da wir wissen, daß es sich hier fast stets um eine vorübergehende Erscheinung handelt.

Obwohl das Novasurol, wie erwähnt, den unlöslichen Präparaten in bezug auf Dauerwirkung näher steht wie die meisten übrigen löslichen Präparate, so traten in einer größeren Anzahl von Fällen, wie kaum anders zu erwarten, Rezidive schneller auf wie nach unlöslichen Präparaten. Alle löslichen Präparate sind natürlich ungeeignet die Wirkung von Depotinjektionen zu ersetzen, dazu ist die Ausscheidung aus dem Organismus eine viel zu rapide. Eine Therapie der Lues nur mit Novasurol (in Kombination mit Salvarsan) wird stets eine ungenügende bleiben. Zur raschen Beseitigung ansteckender Symptome haben wir jedoch im Novasurol ein hervorragendes Mittel. Wir können Patienten schneller ohne große Gefahr für ihre Umgebung aus der Krankenhausbehandlung in die ambulante Weiterbehandlung entlassen.

Einige weitere Vorzüge sind dem Novasurol eigen. Nicht zu unterschätzen ist die völlige oder doch außerordentlich geringe Schmerzhaftigkeit der Injektionen. Leider entziehen sich ja immer noch sehr viele Patienten einer energischen antiluetischen Kur, um erst nach geraumer Zeit wieder in der Sprechstunde mit schweren Rezidiven zu erscheinen. Als Grund des Fernbleibens geben sie sehr häufig auch die Schmerzhaftigkeit der Hg-Injektionen an, und selbst solche, die es mit ihrer

Digitized by Google

Wiederherstellung genauer nehmen und sich der angeordneten Kur unterwerfen, klagen oft darüber, daß sie an dem Tage der Injektion kaum arbeitsfähig sind, besonders wenn sie wie ein großer Teil unserer poliklinischen Patienten, als Bergleute oder Hüttenarbeiter schwere körperliche Arbeit zu leisten haben. Alle diese Patienten waren nun von der Schmerzlosigkeit der Novasurolinjektionen überrascht und kamen prompter als sonst zur Behandlung. — Für die fast ausnahmslos viel empfindlicheren weiblichen Patienten gilt dasselbe. Die meisten erklären die Novasurolinjektionen für gänzlich oder nahezu schmerzlos. Als ich auf unserer Polizeistation den Prostituierten zwecks Bildung eines Urteils über die Schmerzhaftigkeit der Injektionen die Wahl stellte zwischen 10 Hg salicyl.-Injektionen oder 20 Injektionen Novasurol entschieden sich sofort alle ohne Ausnahme für Novasurol, nachdem sie den Unterschied zwischen beiden Präparaten in bezug auf die Schmerzhaftigkeit erfahren hatten. Von weiterem großen Vorteil sind die geringen Nebenwirkungen des Präparates.

Eine schwerere Stomatitis mercurialis haben wir unter Beachtung sorgfältiger Mundpflege ohne Ausnahme vermeiden können. Leichtere Formen schwanden schnell nach kurzem Aussetzen der Injektionen unter Pinselung mit 10%igem Arg. nitr. und Chromsäure.

Durchfälle gehörten zu den größten Seltenheiten. Erbrechen haben wir ebenfalls unter den mehreren 1000 Injektionen nur wenige Male beobachtet. Abgesehen von einigen Fällen der Sekundärperiode mit ausgedehnteren Exanthemen, die nach der Injektion Fieber von mäßiger Höhe zeigten, haben wir dasselbe fast stets vermißt.

Vorübergehende Albuminurie sahen wir bei einem geringen Prozentsatz der Fälle, nie jedoch eine Hg-Nephritis mit charakteristischem Sediment.

Gerade jetzt beim Abfassen dieses Berichtes stellt sich der erste Patient vor mit einem Exanthem, das ich nur als Arzneiexanthem nach Novasurol deuten kann. Es handelt sich um ein morbilliformes, fast universelles Exanthem, das plötzlich aufgetreten ist, nachdem Patient vor zwei Tagen die 2. Novasurolinjektion erhalten hatte. Es ist in den drei Jahren der Novasurolanwendung unter hunderten von Patienten der erste, bei dem wir ein Arzneiexanthem nach Novasurol zu Gesicht bekamen, so daß wir diese Nebenwirkung zu den seltensten rechnen müssen.

Wenn ich die Resultate aus unseren Beobachtungen zusammenfasse, so steht den vielen Vorzügen des Präparates: außerordentlich geringe Schmerzhaftigkeit der Injektionen, sehr geringe Nebenwirkungen, prompte Wirkung auf fast alle luetischen Haut- und Schleimhautsymptome nur

Digitized by Google

ein, wenn auch gewichtiger Nachteil gegenüber: die ziemlich geringe Dauerwirkung des Präparates. Unter Berücksichtigung dieses letzteren Punktes ist aber das Novasurol als wertvolle Bereicherung der uns bei der Luestherapie zu Gebote stehenden Injektionsmittel zu bezeichnen.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Zur Entstehung der Nierenerkrankungen im Felde, von Hirschstein. (B. kl.W., 1916. Nr. 38.) Verf. hat die Kost der Soldaten in Hinsicht auf ihre Bedeutung für die Entstehung von Nierenerkrankungen analysiert. Er fand dabei eine reichliche Zufuhr von eiweißhaltigen Nahrungsmitteln und Kochsalz, hingegen einen geringeren Gehalt an Fetten, Gemüsen, Früchten, Kartoffeln. Übermäßige Mengen von stickstoffhaltigen Nahrungsschlacken, von Kochsalz und die im Überschuß in der Nahrung vorhandenen Säuren gelten nach den heutigen Anschauungen als schädigend für die Nierenfunktion. Die meisten unserer Nahrungsmittel, besonders Fleisch, Getreidemehle, Hülsenfrüchte liefern nach der Verbrennung im Körper überschüssige Säuren; überwiegend basische Bestandteile enthalten dagegen Gemüse, Früchte und vor allem die Kartoffel. Verf. erhebt deshalb als Forderungen zur Verhütung der Nierenerkrankungen im Heere die Beschaffung von Gemüse, Früchten und besonders von Kartoffeln, Ersatz des Rindfleisches soweit wie möglich durch Schweinefleisch, Zufuhr von Butter und Fetten.

E. Klemm-Leipzig.

Beiträge zur Kenntnis der Kriegsnephritis, von Curt Kayser. (B. kl. W., 1916. Nr. 38.) Verf. hat an zwei Drittel der Nierenkranken, die er durch besonders günstige Umstände während zehn Wochen in ein und demselben Kriegslazarett beobachten konnte und deren Erkrankung im allgemeinen sonst in bekannter Weise als hämorrhagische Nephritis verlief, in der dritten Behandlungswoche eine feine, kleienförmige Abschuppung des Gesichts feststellen können. Sie nahm einen typischen Verlauf, begann stets dicht oberhalb der Nasenwurzel, breitete sich von da über Stirn- und Kopfhaut in wechselnder Stärke aus, um schließlich auf die Haut des Gesichts und speziell der Wange überzugehen. Die Dauer des ganzen Schuppungsprozesses war wechselnd und betrug 1—3 Wochen. Bei mehreren Patienten ist in der siebenten Behandlungswoche eine lamellöse Schuppung der Hände aufgetreten. Charakter und Verlauf der ganzen Nephritis sowie die Komplikationen (rheumatische Beschwerden, gelegentliche Relapse mit Temperatursteigerung und akuter Verschlechterung des Urinbefundes, in mehreren Fällen Furunkulose, in einigen leichte Endokarditis) erinnerten frappant an Scharlachnephritis, so daß Verf. eine scharlachähnliche Infektion als Ursache annimmt. Als Krankheitsübertrager zieht Verf. die Laus in Betracht, da alle Nierenkranken Läuse hatten. E. Klemm-Leipzig.

Zur Ätiologie der Kriegsnephritis, von N. Weigel. (W. m. W., 1917, Nr. 29.) Der Verf. glaubt, daß das Auftreten von sogenannten Kriegsnephritiden im ersten Kriegsjahre durch die schweren Strapazen, welche in dieser Zeit von den Kriegsteilnehmern zu leisten waren, verursacht wurden, während für das spätere zweite Kriegsjahr die durch das Überstehen schwerer Infektionen bedingte körperliche Widerstandslosigkeit zu beschuldigen ist. H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Untersuchungen über die Ätiologie der Kriegsnephritis, von H. Beitzke und Seitz. (B. kl. W., 1916, Nr. 49.) Histologische Untersuchungen von Nieren an Kriegsnephritis Gestorbener, bakteriologische von Blut und Urin frischer Fälle von akuter Nierenentzündung, sowie Überimpfungen von Blut und Urin der Kranken auf Versuchstiere ließen eine infektiöse Ätiologie der Kriegsnephritis nicht erweisen.

E. Klemm-Leipzig.

Die Zellen des Blutes und des Harnes in der Kriegsnephritis, von Marcello Labor-Laibach. (W. m. W., 1917, Nr. 25.) Der Verf. wendet sich gegen die von Bernhardt in Derm. Wschr., Nr. 31 ausgesprochene Behauptung, daß das Auftreten von eosinophilen Zellen im Harne der im Kriege erkrankten Militärpersonen irgend eine Bedeutung habe. Er weist darauf hin, daß die Typhusimpfung, der alle diese Personen unterworfen waren, an sich bereits eine Eosinophilie zur Folge habe. Nach seiner Ansicht unterscheidet sich die Kriegsnephritis auch bezüglich des Zellbefundes in keiner Weise von den gewöhnlichen Formen der akuten Nierenentzündung.

H. Vörner-Leipzig.

Der Wert der Augenspiegeluntersuchung für die Begutachtung der Kriegsnephritiden, von Eduard Horniker-Triest. (W. m. W., 1917, Nr. 25.) Bei der Kriegsnephritis finden sich in weit mehr als der Hälfte aller Fälle Augenhintergrundsveränderungen, besonders in der Gegend des hinteren Augenpoles. Dieselben sind im Anfangsstadium der Nephritis sehr auffällig, um so mehr, je intensiver die Krankheit auftritt. Die Retinitis albuminurica ist nur ein Teilbild des pathologischen Augenspiegelbildes, findet sich bei akuter und chronischer Glomerulonephritis und bei maligner Nierensklerose; sie ist der Indikator für die Heftigkeit und Ausdehnung der Nierenentzündung. Die Prognose der Retinitis albuminurica ist besser bei akuter, ungünstiger bei chronischer diffuser Glomerulonephritis und ist absolut schlecht bei maligner Sklerose. Zwischen Augenspiegelbefund und Blutdruck besteht ein Parallelismus: je höher der Blutdruck, um so mehr sind im Augenhintergrunde Veränderungen zu erwarten, Retinitis und Netzhautblutungen kommen fast ausschließlich bei höheren Blutdruckwerten vor. Niederer Blutdruck bei positivem Spiegelbefund deutet auf einen noch nicht ganz abgelaufenen Nierenprozeß hin, der Neigung zum Rezidivieren oder Chronischwerden hat. Hoher Blutdruck bei negativem Spiegelbefund deutet auf benigne Nierensklerose hin, kann aber auch bei maligner Nierensklerose vorkommen. Heilung kennzeichnet sich durch dauerndes Herabgehen des Blutdruckes und durch Abwesenheit eines jeden rezenten pathologischen Augenspiegelbefundes. H. Vörner-Leipzig.

Erfahrungen über funktionelle Nierendiagnostik, von Carl von Noorden. (M. Kl., 1916, Nr. 1.) Noorden betont aus seinen persönlichen Erfahrungen heraus, daß man — wie von ihm bzw. seinen Schülern hervorgehoben worden ist — die Funktionsprüfungen der Niere besser mit normalen, harnpflichtigen Substanzen als mit körperfremden Stoffwechselprodukten ausführt, indem man einer bestimmten, gleichbleibenden Probekost (Vorperiode) gewisse Mengen von Harnstoff, Kochsalz, Wasser, phosphorsaurem Natrium und Liebigschem Fleischextrakt (wegen seines Gehaltes an Kreatinin und anderen organischen Basen) beifügt. Bei seiner kritischen Beleuchtung der im Laufe der letzten Jahre geübten Nierendiagnostikmethoden mißt er weder der Phoridzinglykosurie, noch der Methylenblau-, noch der Phenolsulfophthalein-, noch der Fluoreszin-Natrium-Probe größeren praktischen Wert bei. Etwas höher bewertet er den sogenannten Ambardschen ureo-sekretorischen Koeffizient mit der von Bonassome vereinfachten Formel, obwohl man hier auch zu einer Probekost greifen muß, so daß diese Untersuchung ziemlich kompliziert wird. Die C. R. Schlayersche Milchzuckerprobe, welche besonders die Insuffizienz des Glomerulusapparates beweisen soll, erscheint dem

Digitized by Google

Verfasser nicht zuverlässig; dazu kommt, daß durch die intravenöse Injektion von Milchzucker selbst bei strenger Sterilität oft unangenehme Zufälle eintreten. Wesentlich höher schätzt NOORDEN die ebenfalls von SCHLAYER vorgeschlagene Jodkaliumprobe; er hat dieselbe etwas modifiziert, indem er statt 0,5 nur 0.2 g Jodkalium und zwar in dünnen Gelatinekapseln verabreicht, wobei nichts von dem Jod mit der Außenwand der Kapseln in Berührung kommen darf. Er läßt dieselben nüchtern, unter Beigabe von 50 ccm Wasser schlucken, und es werden dann Speichel und Harn gleichzeitig alle 3—5 Minuten untersucht, bis zum Eintreten bzw. Verschwinden der Jodreaktion. Aus den verschiedenen Zeiten des Eintretens derselben läßt sich nach NOORDEN deutlicher ein Schluß auf eine Niereninsuffizienz ziehen als aus der Differenz der Endreaktion. Differenzen bis 20 Minuten hält NOORDEN für das Zeichen geringer, 20—35 Minuten für das Zeichen mittlerer und 30—60 Minuten und darüber hinaus für das Zeichen schwerer Insuffizienz der Nieren. Nach seinen Erfahrungen ist der Ausfall der Jodreaktion prognostisch sehr wichtig. Am meisten ausschlaggebend sind für NOORDEN die Wasserprobe und die Kochsalz- bzw. Harnstoffbelastungsprobe: Man wählt sich eine für einen Nephritiker geeignete Diät aus, die in bezug auf Na- bzw. ClNa-Gehalt leicht übersichtlich ist, z. B. Milch, Reis, Dörrobst, 3 g Kochsalz zusammen. An den Probetagen werden 10,0 g Kochsalz bzw. 15 g Harnstoffe beigefügt, und dann liefert die genaue Kontrolle der Ausscheidung den Beweis, wie weit die Nieren leistungsfähig bzw. für welche Substanzen sie es nicht sind. Auf diese Weise wird die oft unnötige und eventuell schädliche, totale Salzentziehung vermieden und überhaupt die Richtschnur für die geeignete Diät gegeben. Über die Beweiskraft, welche der Bestimmung des Reststickstoffs im Blute zukommt, äußert sich NOORDEN sehr skeptisch. Naturgemäß lassen sich alle diese Proben fast nur im Krankenhause bzw. Sanatorien bei peinlichster Überwachung der Diät und genauester Abwägung der Einnahmen und der Ausgaben durch gut geschultes Personal durchführen. Auch soll man über den chemischen Beweisen für das Bestehen einer Nierenerkrankung unsere physikalischen Methoden, speziell Blutdruckbestimmung und Herzröntgenbild, nicht außer acht lassen. O. Lasch-Breslau.

Zur Diagnostik der entzündlichen und degenerativen Erkrankungen der Nieren (Nomenklatur VOLHARDT-FAHR), von P. SCHRUMPF. (B. kl. W., 1917, Nr. 33.) Gedrängte, größtenteils tabellarische, übersichtliche Zusammenstellung der Symptome und Ergebnisse der diagnostischen Maßnahmen bei den einzelnen Nierenkrankheiten nach dem Stand der Ergebnisse der neueren Forschungen auf diesem Gebiete.

E. Klemm-Leipzig.

Kritisches Referat über die Methoden der funktionellen Nierenuntersuchung, von HERMAN MACHWITZ und MAX ROSENBERG. (B. kl. W., 1917, Nr. 16.) Verf. sind bei Studien an über 400 Nierenkranken zu der Überzeugung gelangt, daß die Funktionsprüfung der Nieren bei Auswahl der geeigneten Methoden und bei richtiger Beurteilung derselben ein unentbehrliches Hilfsmittel für die klinische Untersuchung, für die Stellung der Diagnose, für die Beurteilung der Prognose und für die Indikationsstellung der erforderlichen therapeutischen Maßnahmen darstellt. Diese Methoden können eingeteilt werden in: 1. solche, bei denen die Ausscheidungsverhältnisse körperfremder Substanzen geprüft werden (die ältesten Methoden; ihre Bedeutung für die funktionelle Prüfung innerer Nierenkrankheiten beschränkt), 2. solche, bei denen die Ausscheidung körpereigner Stoffe, zum Teil nach Zulagen, untersucht wird, 3. solche, bei denen festgestellt wird, wie die Niere sich künstlich erschwerten Bedingungen anpaßt und 4. solche, bei denen aus der physikalischen oder chemischen Zusammensetzung des Blutes Schlüsse auf die Arbeitsleistung der Nieren gezogen werden. Bezüglich der SCHLAYERschen Funktionsprüfungsmethoden haben sich die Verf. nicht davon überzeugen können, daß die Jod-

Digitized by Google

und Laktoseprobe in ihrem Ausfall entscheidend für die Diagnose einer tubulären oder vaskulären Erkrankung angesehen werden könne. Am wichtigsten ist nach Ansicht der Verf. die Untersuchung des Blutes auf Harnstoff oder Reststickstoff, in zweiter Linie Wasser- und Konzentrationsversuch, auf die sich der Praktiker in den allermeisten Fällen wird beschränken können. Die Höhe der Harnstoffretention ist besonders auch wichtig für die Prognose quoad vitam. E. Klemm-Leipzig.

Richtlinien in der Klinik der Nierenkrankheiten, von Umber. (B. kl. W., 1916, Nr. 47.) Verf. teilt die Nierenerkrankungen in drei klinische Gruppen ein: 1. degenerative Prozesse in den epithelialen Abschnitten der Niere, mit Entzündung nichts zu tun habende Nephrosen (albuminoide, fettige, lipoide Degeneration der Epithelzellen eventuell mit amyloider Entartung), dem älteren Begriff der parenchymatösen Nephritis entsprechend: starke Albuminurie, Ödeme, reichliche Formbestandteile im Urinsediment, aber keine roten Blutkörperchen. Funktionell: fehlende oder nur ganz unerhebliche Blutdrucksteigerung, keine sekundäre Beteiligung des Herzgefäßsystems, erhaltene Konzentrations- und Verdünnungsfähigkeit, keine Retention von N-Schlacken, aber extrarenale Kochsalz- und Wasserretention. Prognose gut. Klinisch harmloseste Formen sind die febrilen, toxischen und infektiösen Albuminurien. 2. Glomerulonephritis. Hauptkennzeichen: Anwesenheit von Blut im Harn und konsekutive Blutdrucksteigerung. Konzentrationsfähigkeit in erster Linie, aber auch Verdünnungsfähigkeit, also Ausschwemmungsvermögen der Niere gestört, daher in schweren Fällen schnelles Ansteigen der azotämischen Retention in Blut, Exsudaten und Geweben bis zur echten azotämischen Urämie. Häufig ist daneben auch das Rindenparenchym in Mitleidenschaft gezogen (nephrotischer Einschlag). Hierher in der Regel die akute Kriegsnephritis gehörig. Heilung in der Mehrzahl der Fälle, andernfalls Übergang ins zweite Stadium mit erhaltener Nierenfunktion und dritte Stadium mit Niereninsuffizienz (sekundäre Schrumpfniere). 3. Nierensklerosen. Zwei Verlaufsformen: a) benigne (quoad renos! nicht quoad vitam!) Teilstörung einer allgemeinen Arteriosklerose: das „Nierenbild" tritt vor dem Herz- oder Hirnbild zurück, Hypertonie, fehlende oder leichte Albuminurien unter $1‰$, einzelne hyaline oder granulierte Zylinder. b) Maligne = Nephritis chron. interstitialis, genuine Schrumpfniere im engeren Sinne, mit Retention harnfähiger Stoffe im Blut, schlechter Ausscheidung von Wasser, Kochsalz und Stickstoffzulagen, schlechtem Verdünnungs- und Konzentrationsvermögen der Nieren und infolgedessen (um 1010) „fixiertem" spezifischem Gewicht des Harns, Zwangspolyurie und finaler Hypurie. Ausschlaggebend für Benignität oder Malignität die Glomerulusfunktion, deshalb Übergangsformen bestehend. Differentialdiagnose der malignen Sklerose gegen sekundäre Schrumpfniere bisweilen nur durch genaueste Erhebung zuverlässiger Anamnese möglich. Albuminurie — gering oder stark — ist nichts mehr als ein Hinweis darauf, daß die Niere überhaupt nicht intakt ist. Sie kann sich aber an klinischer und prognostischer Bedeutung nicht entfernt messen mit der Prüfung auf Verdünnungs- und Konzentrationsfähigkeit der Niere, auf azotämische Retention und Blutdrucksteigerung. Ähnliches gilt vom Sedimentbefund. Soll man die Nieren durchspülen? Größe der erlaubten Wasserzufuhr durchaus abhängig von dem Wasserausscheidungsvermögen. Deshalb bei Nephrosen Beschränkung von Wasser- und Kochsalzzufuhr, bei leichteren auf 1500 g (inklusive Obst und Gemüse, die nach ihrem vollen Gewicht als Flüssigkeit gerechnet werden) bei 4—5 g NaCl, bei schwereren auf möglichst unter 1 l, bei 1 g NaCl. Blande Milchdiät kontraindiziert. Bei chronischen Nephrosen keine Wasserbeschränkung bei Ödemfreiheit. Bei akuter Glomerulonephritis mittlere Flüssigkeitsmengen, ungefähr $1\frac{1}{2}$ l pro Tag, bei chronischer zweiten Stadiums besondere diätetische Maßnahmen zwecklos, drittes Stadium $2\frac{1}{2}$—3 l Flüssigkeit, sofern Kreislaufsorgane keine Kontraindikation, ebenso maligne Sklerosen.

Digitized by Google

Bei benignen Trockendiät oder 1—1½ l Flüssigkeit pro Tag. Zu Trinkkuren in Badeorten berechtigen nur abklingende akute Nierenerkrankungen, chronische Nephrosen ohne Ödemneigung, chronische Glomerulonephritiden zweiten Stadiums zum Teil dritten Stadiums, endlich maligne nicht kardial dekompensierte Sklerosen. Bei allen anderen Nierenerkrankungen sind Trinkkuren kontraindiziert. Eiweißbeschränkung nur bei Glomerulonephritis und zwar im akuten Stadium und im dritten Insuffizienzstadium, nicht im zweiten Stadium, sowie bei maligner Sklerose erforderlich, nicht mehr als 3—5 g N pro die. Die Form des Eiweißes ist dabei gleichgültig: Kochsalzzufuhrbeschränkung nur auf 5 g pro die, nur bei Nephrosen möglichste Ausschaltung. Aderlaß wirksam bei Urämie oder zu ihrer Verhütung, bei auf Hirnschwellung beruhender Urämie der Mischform Glomerulitis + Nephrose Spinalpunktion! Wert der Diuretika bei Nierenkranken ohne Kreislaufstörung höchst bescheiden. Zum Schluß erörtert Verf. die Grundsätze, nach denen die Entlassung nierenkranker Soldaten aus der Lazarettbehandlung zu erfolgen hat.

E. Klemm-Leipzig.

Über den Morbus Brighti, von F. Volhard-Mannheim. (17. Intern. Kongr. f. M., London 1913.) In gedrängter Vortragsform gibt V. eine Übersicht über den heutigen Stand der Erforschung des M. B. mit besonderer Bezugnahme auf seine reichen eigenen Erfahrungen. Die Einzelheiten sind unseren Lesern aus Veröffentlichungen a. a. O. bekannt geworden.

O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Überraschende Todesfälle bei Nephritis, von A. Dietrich. (B. kl. W., 1917, Nr. 22.) Verf. veröffentlicht vier Fälle eines ungewöhnlichen Verlaufes der Kriegsnephritis, bei denen ohne vorherige Feststellung einer Erkrankung ein überraschender Tod eintrat und erst die pathologisch-anatomische Untersuchung Aufschluß ergab. In allen Fällen war akute Glomerulonephritis in frühen Stadien der Entwicklung übereinstimmend nicht nur der hauptsächlichste Befund an den Nieren, sondern bei dem Fehlen anderer Organstörungen, die auch durch mikroskopische Untersuchung ausgeschlossen wurden, als Hauptkrankheit anzusehen, die dem überraschenden tödlichen Ausgang zugrunde liegt. Sie hat sich in drei dieser Fälle auf Überreste früherer wahrscheinlich gleichartiger Entzündungen aufgepfropft.

E. Klemm-Leipzig.

Beitrag zur Therapie der hämorrhagischen Nephritis, von Siegfried Wolff-Gnesen. (Ther. Mh., 1917, Nr. 9.) Verfasser hat an einer Anzahl hämorrhagischer Scharlachnephritiden das Blutstillungsmittel Thrombosin angewandt und Verschwinden der Blutausscheidung in kürzester Zeit danach beobachtet. Im Verlaufe eines Krankheitsfalles wurden 2—3 Ampullen intraglutäal injiziert. Solange der Harn noch hohen Eiweißgehalt aufwies, kehrte das Blut nach Aufhören der Injektionen wieder. Das Mittel kommt infolgedessen mehr in Frage für die Fälle, bei denen zwar reichlich und dauernd viel Blut, aber kaum nennenswerte Eiweißmengen im Urin vorhanden sind.

E. Klemm-Leipzig.

Über die weiße Fleckniere (Nephritis fibroplastica maculosa et diffusa Krr) der Kälber und ihre Beziehung zur exsudativen lymphozytär-plasmazellulären interstitiellen akuten Nephritis des Menschen, von Y. Sakaguchi-Basel. (Frankf. Zschr., 1917, Bd. 20, H. 1.) Die Fleckniere ist bei Mastkälbern ein ziemlich häufiger Befund. Die erkrankten Nieren lassen sich in zwei Hauptabteilungen einordnen: a) Nieren mit vereinzelten oder zahlreichen disseminierten, verschieden großen Flecken oder Knoten. b) Nieren mit diffusen, sehr großen, weißen, kaum erhabenen Flecken, die oft einen ganzen oder sogar mehrere Renkuli einnehmen. Histologisch handelt es sich um eine subakute oder chronische Entzündung. Die Fleckniere der Kälber hat in manchen Beziehungen große Ähnlichkeit mit der akuten exsudativen interstitiellen lymphozytär-plasmazellulären Nephritis des Menschen. Die auffallende Selten-

Digitized by Google

heit von Residuen einer Fleckniere des Kalbes bei Rindern läßt es wahrscheinlich erscheinen, daß auch beim Menschen die histologisch sehr ähnlichen Prozesse der akuten interstitiellen lymphozytären Nephritis sich meist völlig zurückbilden.

O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Zur Ätiologie der Herzhypertrophie bei Nierenerkrankungen, von W. Ebeles. (B. kl. W., 1917, Nr. 4.) In der Frage, was das Primäre und was das Sekundäre sei, Blutdruckerhöhung und Herzhypertrophie einerseits, Nierenerkrankung andererseits, hat für Verf. die Annahme einer toxisch bedingten chronischen Steigerung des Gefäßtonus die größte Wahrscheinlichkeit. Er hat daraufhin Untersuchungen angestellt, ob sich nicht auch eine Schädigung anderer Organe durch derartige giftige Stoffe nachweisen läßt, und in fünf Fällen auch in der Medulla oblongata ausgesprochene Ganglienzellenveränderungen in allen Stadien der Degeneration bis zur völligen Nekrose gefunden. Er nimmt daraufhin an, daß bei chronischer Nephritis durch bisher nicht sicher bekannte, im Blute kreisende Toxine bestimmte Zellgruppen der Medulla obl., wahrscheinlich darunter die Ganglienzellen des vasomotorischen Zentrums, in einen chronischen Reizzustand versetzt werden, der schließlich bei Summierung der Reize zu einer Überanstrengung der Zellen und zu einem allmählichen Zerfall der einzelnen Elemente führt. E. Klemm-Leipzig.

Über stickstoffhaltige Retentionsstoffe im Blut und in anderen Körperflüssigkeiten bei Nephritikern, von Max Rosenberg. (B. kl. W., 1916, Nr. 49.) Verf. gelangt bei seinen Untersuchungen zu folgenden Ergebnissen: Bei Azotämikern beträgt der Harnstoffgehalt von Pleura- und Peritonealergüssen 80—100% von dem des Serums. Der Kreatiningehalt dieser Ergüsse liegt bis zu 20% höher als der des Blutes, während der Indikangehalt mit dem des Blutes übereinstimmt. Das Lumbalpunktat enthält nur 56—96% von dem Harnstoff, nur 37—75% von dem Kreatinin des Blutes. Harnsäure und Kreatin gehen noch schwerer in die Zerebrospinalflüssigkeit über. Das Indikan fehlt auch bei stärkster Hyperindikanämie völlig im Lumbalpunktat oder ist wenigstens in so geringen Mengen darin vorhanden, daß es sich dem Nachweis entzieht.

E. Klemm-Leipzig.

Über Hyperkreatininämie der Nephritiker und ihre prognostische Bedeutung, von Max Rosenberg-Berlin. (M. m. W., 1916, Nr. 26.) Die Kreatininbestimmung im Blute von Nephritikern bildet eine wichtige Ergänzung der Harnstoff- und Indikanbestimmung. Die exakte quantitative Bestimmung des Kreatinins ist technisch einfacher und schneller ausführbar als die des Indikans. Die Kreatininretention geht der Harnstoff- und Indikanretention im großen und ganzen parallel, zeigt aber im einzelnen doch ein abweichendes Verhalten. Bei akuter Azotämie steigt erst der Harnstoff, dann das Kreatinin und zuletzt das Indikan. Bei chronischer Azotämie läßt sich der Blutharnstoff meist leichter diätetisch beeinflussen als das Indikan und Kreatinin. Relativ hoher Harnstoffgehalt des Blutes bei relativ niedrigem Kreatiningehalt gibt im allgemeinen bei chronischen Fällen eine bessere Prognose als das umgekehrte Verhalten. Ob stärkere Hyperkreatininämie oder stärkere Hyperindikanämie prognostisch ungünstiger zu beurteilen ist, läßt sich noch nicht entscheiden. A. Gunsett-Straßburg.

Über Colica nephritica, von Georg Rosenfeld-Breslau. (B. kl. W., 1917, Nr. 34.) Verf. weist an der Hand von zwei einschlägigen Beispielen auf die Schwierigkeiten hin, die sich gelegentlich für die Differentialdiagnose: Nierensteinkolik oder Nierenentzündung, dadurch ergeben, daß die klinischen Hauptzeichen der Nephrolithiasis, Hämaturie und Nierenschmerzen, auch zu einer Erkrankung an Nierenentzündung gehören können, besonders da auch bei letzterer die Nierenschmerzen kolikartig auftreten und sogar einseitig bzw. einseitig stärker sein können. Einen sicheren Entscheidungsweg erblickt Verf.

Digitized by Google

nur in dem lange fortgesetzten und sorgfältigen Suchen nach dem Charakterzeichen der Nephritis, den Zylindern. E. Klemm-Leipzig.

Ein Fall von akuter Kolipyelitis mit Nachweis des Erregers im Blut, von E. Jürgensen-Bad Kissingen. (B. kl. W., 1917, Nr. 34.) Verf. veröffentlicht einen einschlägigen Fall, bei dem sich aus Harn und Blut Reinkulturen von Bacterium coli commune gewinnen ließen. Als Einbruchsweg der Bakterien nimmt Verf. eine Durchwanderung der Darmwand und Einbruch in die Lymphwege, von da in die Blutbahn, oder, wofür die Bedingungen bei rechtsseitiger Pyelitis besonders günstig liegen, eine direkte Überwanderung vom Darm in das Nierenbecken an, als begünstigenden Faktor eine schon vor dem Pyelitisanfall bestehende, vielleicht durch den Heizerdienst begünstigte Anämie. Verschiedene eingeschlagene therapeutische Wege blieben erfolglos. Erst der Versuch einer Umstimmung der Darmflora durch tägliche Verabreichung von Yoghurt erzielte klinische Heilung, während Patient aber weiterhin noch Bakterienausscheider blieb. E. Klemm-Leipzig.

Gibt es einen renalen Diabetes im klinischen Sinne? von G. Bergmark. (Upsala Läkareförenings Förhandl., Bd. 21, S. 161.) Der Verfasser hat sich die Frage gestellt, ob es beim Menschen einen klinischen renalen Diabetes gibt, oder mit anderen Worten, ob man berechtigt ist, aus den vielen Formen, die bei Diabetes vorkommen können, eine herauszugreifen und als renale Glykosurie zu bezeichnen. Die Antwort lautet verneinend, was der Verfasser näher begründet. Er stimmt den Worten v. Noordens völlig bei: „Was man bisher über renalen Diabetes lehrte, war nur ein luftiges Kartenhaus." Schließlich macht er darauf aufmerksam, daß die Frage von dem renalen Diabetes keine nur theoretische oder schlechtweg Nomenklaturfrage sei, sondern daß sie für die Lebensversicherung von Bedeutung ist. W. Holland-Kristiania.

Über Diabetes insipidus mit Infantilismus, von Th. Barabo. (Diss., München 1914.) Es wird über einen 19jährigen Menschen mit Infantilismus berichtet, bei dem die Untersuchung außerdem einen Diabetes insipidus ergab. K. Boas-Rostock.

Renaler Infantilismus, von L. Porter. (Arch. of Pediatrics, 1915, S. 85.) Mitteilung von zwei Fällen von „renalem Infantilismus" (Miller). Es handelt sich dabei um Infantilismus auf der Basis von Nierenerkrankungen (Diabetes insipidus, chronische Nephritis mit Polyurien). Veränderungen der Sella turcica wurden — wenigstens in dem ersten Falle des Verfassers — nicht beobachtet, so daß eine Beteiligung der Hypophyse nicht wahrscheinlich. K. Boas-Rostock.

Über eigentümliche Staphylomykosen der Nieren und des pararenalen Bindegewebes, von Friedrich Schlagenhaufer-Wien. (Frankf. Zschr., 1916, Bd. 19, H. 1/2.) S. sieht das Charakteristische dieser Eiterungen darin, daß sie morphologisch namentlich wegen der intensiven hellen Gelbfärbung des Granulationsgewebes und der Abszeßwände, bedingt durch Cholestearinablagerungen, außerordentlich an aktinomykotische Prozesse erinnern, ja auch mikroskopisch durch das Vorhandensein der mit doppelbrechenden Substanzen beladenen, nach Alkoholfixierung hellen Zellen so an aktinomykotisches Granulationsgewebe erinnern, daß in den ersten Fällen jedesmal die falsche Diagnose Aktinomykose gestellt wurde und eifrig auf das Vorhandensein von Drusen gefahndet wurde. Und doch war der Erreger dieser Eiterungen nur der Staphylococcus aureus. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Ein Fall von solitärer Nierenzyste, von Th. Naegeli-Bonn. (Beitr. z. klin. Chir., 1917, Bd. 110, H. 2.) Es handelt sich bei einer 59jährigen Frau um eine straußeneigroße, solitäre echte rechte Nierenzyste. Infolge ihrer Größe machte sie sich klinisch durch Druckerscheinungen auf Darm und Ureter bemerkbar. Die Operation bestand in

Digitized by Google

Entfernung der Zyste unter Zurücklassung der an der Niere festsitzenden Wand. Differentialdiagnostisch kommen bei Frauen retroperitoneale Ovarialzystome in Frage.

W. Chrzelitzer-Posen.

Der überzählige Ureter, von A. Simon. (J. Am. m. Assoc., 27. Mai 1916.) Kasuistische Mitteilung eines Falles von vollständiger Verdoppelung des Ureters einer Seite. A. Gunsett-Straßburg.

Ein Beitrag zur Kenntnis der sogenannten Fettsteine der Harnwege, von Alfred Schahl-Straßburg i. E. (Zschr. f. Urol., 1916, Bd. 10, H. 6.) Der Urostealith als ein bestimmter, in seinen chemischen und physikalischen Eigenschaften sich gleichbleibender Körper existiert nicht. Es bestehen jedoch zweifellos Harnsteine, deren Hauptmasse aus Fett besteht, umgeben von einem mehr oder weniger dicken Mantel aus Harnsalzen. Diese Steine kann man sehr wohl als Urostealithe bezeichnen. Über ihre Entstehung läßt sich vorläufig kein abschließendes Urteil abgeben. Bei den zwei bisher beschriebenen Fällen muß man annehmen, daß das Fett aus dem menschlichen Organismus stammt. Die Möglichkeit, daß ein von außen durch die Harnröhre in die Blase gelangtes Fett den Kern zu einem Urostealithen abgibt, ist auch vorhanden. Dabei ist anzunehmen, daß das eingeführte Fett in der Blase chemischen und physikalischen Veränderungen unterliegt, welche eine spätere Erkennung sehr erschweren.

W. Chrzelitzer-Posen.

Diagnose und Therapie der Blutungen aus dem Harnapparat, von L. Casper. (D. m. W., 1912, Nr. 35.) Zusammenfassende Besprechung im Rahmen eines Vortrages. Zu kurzem Referate nicht geeignet. R. Frühwald-Leipzig.

Die Diurese, von Arnold Holste. (B. kl. W., 1917, Nr. 14.) Verf. schildert zunächst die physiologischen Vorgänge bei der Harnabsonderung und die Bedingungen, unter denen sie erfolgen und unter denen sie verändert werden können. Das wirksamste Diuretikum ist dasjenige, welches Steigerung des gesunkenen Blutdruckes und gleichzeitig Erweiterung der Nierengefäße verursacht. Diesen Forderungen entsprechen die Körper der Digitalingruppe und die Xanthinderivate. Zum Schluß führt Verf. die verschiedenen in der Praxis bewährten zur Verfügung stehenden deutschen Präparate auf.

E. Klemm-Leipzig.

Die Absonderung des Urins vom chemischen und physiologischen Standpunkte, von E. L. Backman. (Upsala Läkareförenings Förhandlingar, Bd. 21, S. 145.) Zum kurzen Referate nicht geeignet. W. Holland-Kristiania.

Tages- und Nachturin, von Kai Jespersen. (Hospitalstidende, 1916, S. 1229.) Durch seine Untersuchungen glaubt Verfasser sogar sehr bedeutende Unterschiede des Tages- und Nachturins nachgewiesen zu haben. W. Holland-Kristiania.

Über eine eigenartige Form der Polyurie, von Carl Ritter v. Hoffmann. (W. m. W., 1917, Nr. 15.) Die betreffenden Patienten leiden nicht bloß an einer einfachen Pollakisurie, sondern auch an einer bedeutenden Vermehrung der Harnmenge. In dem sonst normalen Harn finden sich häufig Kristalle von oxalsaurem Kalk.

H. Vörner-Leipzig.

Über das Wesen der Polyurie bei Abflußerschwerung des Harns durch Kompression im Bereich der abführenden Harnwege, von W. H. Veil-Straßburg. (Beitr. z. klin. Chir., 1916, Bd. 102, H. 2.) An der Hand von vier ausführlich mitgeteilten Fällen zeigt der Verfasser, daß als Folge der Abflußerschwerung des Urins bei Kompression im Bereiche der abführenden Harnwege eine Polyurie auftritt, und daß es im Anschluß an diese Polyurie zu Veränderungen des Wasserwechsels und des Stoffwechsels kommt, die für den Zustand des betreffenden Kranken von spezifischer und ganz besonderer Bedeutung sind. Bei zwei seiner Fälle handelt es sich um Prostatahypertrophie.

Digitized by Google

bei dem dritten um Karzinom der hypertrophischen Prostata und bei der vierten Beobachtung um eine ausgedehnte Myomatosis uteri. Der Wasserwechsel ist dahin verändert, daß der Wasserstand des Organismus durch die Polyurie gefährdet ist. Die Kranken können unendliche Mengen von Flüssigkeit zu sich nehmen, ihr Körpergewicht bewegt sich dennoch in fallender Kurve. Die Körpersäfte trocknen ein, das Blut weist Werte der Eindickung auf. Die Haut und Schleimhäute ähneln schwer Fiebernden; die Schleimhaut des Mundes produziert einen klebrigen Speichel; der Verlust des Körpers an Wasser hat jedoch eine Grenze; allmählich bleibt das Körpergewicht konstant. Unter einen gewissen Wert, 88%, sinkt auch der Wassergehalt des Blutserums nicht. Es ist anzunehmen, daß in der Eintrocknung von Geweben und Blut eine Ursache für den Durst des Kranken liegt. Auch der Gesamtstoffwechsel erleidet wesentliche Veränderungen. Die Konzentrierfähigkeit der Nieren ist außerordentlich eingeschränkt. Die Rückkehr solcher Verhältnisse zur Norm ist schwer, kann aber zustande kommen, wenn nicht nur katheterisiert und dadurch der Stauungszustand beseitigt wird, sondern wenn auf dem Wege der Sectio alta ein Dauerzustand geschaffen wird. Die im Blut kreisenden harnfähigen Stoffe können leichter ausgeschieden werden, da die Niere ihre Konzentrierfähigkeit wiedererlangt hat. Die Operation ist vorzunehmen, aber erst dann, wenn der Zustand der Stauung beseitigt ist. W. Chrzelitzer-Posen.

Die Oberflächenspannung des Harns und ihre klinische Bedeutung, von C. Posner. (B. kl. W., 1916, Nr. 32.) Verf. hat sich bei seinen Messungen der Tropfengröße des Harns des von J. Traube angegebenen Viskostagonometers bedient und gelangt zu folgenden Schlußsätzen: Die Oberflächenspannung des Harns ist stets geringer als diejenige des Wassers; sie nähert sich dieser am meisten bei Diabetes insipidus, sie erreicht die tiefsten Grade bei Anwesenheit von Gallensäuren und Blut. Die Erniedrigung der Oberflächenspannung wird durch die im Harn vorhandenen Kolloide bedingt. Je niedriger die Spannung, je kleiner also die Harntropfen sind, um so mehr vergrößert sich die gesamte Oberfläche; hierin liegt eine Bedingung für Bildung von Konkrementen und Gerinnseln. Insbesondere erklärt sich so die Bildung von Zylindern im ikterischen Harn. Oberflächenspannung und Vibrosität stehen in enger Beziehung; beide werden durch Alkalisierung günstig beeinflußt. E. Klemm-Leipzig.

Über die Bedeutung des Basen-Säureverhältnisses im Harn und die Ermittlung desselben, von E. Salkowski. (B. kl. W., 1917, Nr. 10.) Für die für die klinische Beurteilung wertvolle Feststellung, ob und wieviel organische Säuren im Harn vorhanden sind, gab es bisher nur die mühevolle, schwierige und langdauernde Methode der Bestimmung sämtlicher Säuren und Basen im Harn. Verf. hat dafür in letzter Zeit das Verfahren der Bestimmung der Alkaleszenz der Harnasche eingeschlagen. Die Herstellung der letzteren wird allerdings durch die große Quantität der im Harn vorhandenen organischen Substanzen erschwert, ein Übelstand, der sich teilweise durch Zerstörung eines Teiles der organischen Substanz vor der Veraschung beseitigen läßt. Verf. bedient sich zu diesem Zweck des Wasserstoffsuperoxyds in Form des Perhydrols und gibt zum Schluß eine genaue Beschreibung seines Verfahrens, die im einzelnen nachgelesen werden muß. E. Klemm-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Die Lazarettbehandlung der Geschlechtskrankheiten, von Zweig. (D. m. W., 1916, Nr. 47.) Da es zur jetzigen Zeit darauf ankommt, die Soldaten so schnell wie möglich dienstfähig zu machen, sollen Luetiker, wenn der Kräftezustand es gestattet und

Digitized by Google

der Standort des Truppenteils es ermöglicht, daß der Soldat ambulant behandelt werden kann, im Lazarett nicht bis zur Beendigung der Kur bleiben. Bei akuter Blennorrhoe müssen die Soldaten bis zum Schwinden der Gonokokken im Bett bleiben, da durch strenge Bettruhe der Krankheitsprozeß wesentlich abgekürzt wird. Bei chronischer Blennorrhoe sollen die Soldaten, sobald es sich zeigt, daß die Therapie wenig hilft, als dienstfähig entlassen werden. E. Brinitzer-Altona.

Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Menzer. (D. m. W., 1917. Nr. 29.) Nach M. ist die heutige Blennorrhoebehandlung, die den Ausfluß zwar rasch unterdrückt, aber die Gonokokken häufig in der Latenz zurückläßt, zu verwerfen. Bei der von ihm vorgeschlagenen Methode (Bettruhe, Diät, heiße Sitzbäder und Einspritzungen von Gonokokkenvakzine) versiegt der in den ersten Wochen dauernd reichliche Ausfluß nur ganz allmählich, dafür aber sind dann die Kranken restlos geheilt. Auch für die Luesbehandlung empfiehlt M., die spezifische Therapie mit physikalischen Heilmethoden (Heißluft- oder elektrisches Schwitzbad) zu kombinieren. E. Brinitzer-Altona.

Zur Frage der Desinfektion der Hände mit besonderer Berücksichtigung der Kriegschirurgie, von R. v. Baracz (Baronczi-Lemberg. (W. m. W., 1917, Nr. 42.) Berücksichtigung der Bedeutung des Alkohols zur Erlangung einer Händedesinfektion sowie Besprechung einer Reihe in Betracht kommender anderer Mittel. Das besondere Verfahren, welches der Verfasser bevorzugt, besteht in folgender Methode: Die Hände werden zunächst 3—5 Minuten mit gewöhnlicher Seife oder Seifenspiritus gewaschen, aber ohne Bürste. Darauf wird 2—3 Minuten die Hohlhand mit einem Sodakristall, einem Eßlöffel voll Chlorkalk und etwas Wasser eingerieben, bis sich eine dicke, sahnenartige Paste bildet. Weiter wird die Paste über die Hände und Arme verrieben. Schließlich werden die Hände in Borwasser abgewaschen und mit einem sterilen Handtuch abgetrocknet. H. Vörner-Leipzig.

Zur Behandlung des Trippers und der Syphilis, von M. v. Zeissl-Wien. (W. m. W., 1917, Nr. 44.) Günstiger Bericht über Choleval. Von Quecksilberpräparaten verwandte der Verf. Succinimid. Luesol (Hg-Benzoat) und Modenol (Hs-As-Salizylat). H. Vörner-Leipzig.

Verschiedenes.

In Bern wurde nach Erstattung von Referaten durch Prof. Bloch-Zürich, Prof. Oltramare-Genf und Armeearzt Oberst Hauser ein **Schweizerischer Verein zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** gegründet. Zum Vorsitzenden wurde Prof. Bloch gewählt. Als Kollektivmitglied trat dem Vereine auch das Schweizerische Rote Kreuz bei.

Prof. Adolf Blaschko in Berlin feierte am 3. März den 60. Geburtstag.

Geh. San.-Rat Prof. Hans Wossidlo, Vorsitzender der Berliner urologischen Gesellschaft, ist am 22. Februar, 63 Jahre alt, gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

23. März 1918 | Nr. 12 | Band 66

Aus dem städtischen Bürgerhospital in Koblenz a. Rh. (Chefarzt: Prof. Dr. Hohmeier).

Ein Beitrag zur Darierschen Erkrankung.

Von

Dr. Oskar Salomon-Koblenz,

z. Z. Abteil.- und stellvertr. Reg.-Arzt bei einem Feld-Art.-Reg. in Flandern.

(Mit 2 Abbildungen.)

Während meiner Tätigkeit im Koblenzer Bürgerhospital hatte ich Gelegenheit, einen besonders schweren Fall von „Darierscher Erkrankung" zu beobachten. Derselbe ist zwar schon in einer sehr fleißigen Doktordissertation von Dr. Geissen-Wiesbaden im Jahre 1901 aus der Straßburger Universitäts-Hautklinik mitgeteilt worden, hat sich im Laufe von 16 Jahren aber derartig weiter ausgedehnt und verändert, daß eine kurze Beschreibung und Wiedergabe im Bilde doch lohnen dürfte.

Fig. 1.

Ph. St., früher Tagelöhner, ist jetzt 54 Jahre alt. Er soll aus gesunder Familie stammen und selbst bis zu seinem 20. Lebensjahre nicht krank gewesen sein. Damals will er das erste Auftreten seines jetzigen Hautleidens, zuerst hinter den Ohren, später an den Oberschenkeln bemerkt haben. 17 Jahre später kam er in der Straßburger Hautklinik zur Beobachtung und nach weiteren 16, also 33 Jahre nach dem ersten Auftreten der Erkrankung ist der folgende Befund bei uns erhoben worden, der durch die beigefügten Photographien am besten ergänzt wird:

Digitized by Google

Der sehr abgemagerte, nur noch 40 kg wiegende Patient, der ausgestreckt etwa 1,80 m mißt, liegt andauernd mit stark angezogenen Knien im Bett. Die Unterschenkel stehen im rechten Winkel zu den Oberschenkeln; aktiv keine Bewegung, passiv Streckung unmöglich, Beugung frei, doch sehr schmerzhaft. Die Behaarung des Kopfes, der Bart, die Augenbrauen-, Achselhöhlen- und Schamhaare sind schütter. Keinerlei Fettpolster, Muskulatur ganz atrophisch. Von Kopf bis zu den Füßen ein Panzer von schmutzigen, stark inzernierenden und heftig stinkenden Auflagerungen, derbe, konisch zugespitzte, hornartige, papulöse Erhebungen, die mit einer dicken, braungelblichen Kruste bedeckt sind, wie wir sie bei der „Darierschen Erkrankung" ja kennen und die daher der weiteren Beschreibung nicht bedürfen. Auffallend tritt hervor, daß vollständig frei von der Erkrankung alle Stellen über den Gelenken, sowohl auf den Schultern, wie über den Ellbogen und Kniegelenken sind; Hände und Füße sind im ganzen nur wenig befallen, aber auch hier ist die Haut direkt über den Finger- und Zehengelenken ganz frei, während die Haut zwischen den Zehen mit Effloreszenzen dicht besetzt ist. Dafür ist die Haut über den Gelenken rosa gefärbt, glänzend, sehr dünn und atrophisch, so, wie wir sie bei Nervenverletzungen der Extremitäten (z. B. Ulnarislähmung) zu sehen gewohnt sind. Die Fingernägel zeigen starke Längsstreifung und sind ziemlich stark gewölbt. Der Nagelrand ist verdickt und brüchig. Die Schleimhäute sind frei von Veränderungen. Die inneren Organe ohne krankhaften Befund; Urin frei von Eiweiß und Zucker. Die Drüsen der Achselhöhlen leicht geschwollen und auf Druck empfindlich. Keine Sensibilitätsstörungen. Kein Dekubitus. Subjektiv wird über zeitweises Jucken und Stechen geklagt, „als wenn Nadeln in der Haut wären".

Fig. 2.

Eine Exzision wurde vom Pat. leider abgelehnt, es hätte sich sonst vielleicht verlohnt, die Wirkung einer kleinen Partialbehandlung mit Radium zu kontrollieren.

Therapeutisch kamen nur mehrstündige Bäder in Kali permang.-Lösung und Einreibungen mit Vaselin bei uns in Anwendung, die dem Pat. äußerst wohl taten. Da wegen Pockenverdachtes eines Patienten des Krankenhauses zu jener Zeit alle Insassen geimpft wurden, schien sich bei unserem Pat. eine Vaccina generalisata unter hohem Fieber ausbilden zu wollen, doch blieb der Prozeß unter Behandlung mit Kali perm. auf den Arm beschränkt. An den davon betroffenen Stellen schien eine Zeitlang der Darier sich vollständig zurückzubilden, doch war nach einigen Wochen der Prozeß wieder in alter Blüte.

Digitized by Google

Krieg, Geschlechtskrankheiten und Prostitution in ihren Wechselbeziehungen.

Kritische Referate.

Von

Dr. Ernst Levin in Berlin.

(Fortsetzung.)

II.

Die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten für das Heer und die Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung.

Wird schon im Frieden die ungeheure, durch unverminderte Zugänge sich ständig auf gleicher Höhe haltende Zahl der Geschlechtskranken von allen Kennern der Verhältnisse mit Sorge verfolgt und muß diese unvermindert große Zahl besonders von denen schmerzlich empfunden werden, die sich die Bekämpfung dieser, wie man doch wohl mit voller Berechtigung sagen kann, durchaus vermeidbaren und ausrottbaren Krankheiten angelegen sein lassen, so kommt im Kriege in noch wesentlich gesteigertem Maße der Einfluß hinzu, den sie auf die Arbeitsfähigkeit der von ihnen befallenen Personen, d. h. also hier die Wehrfähigkeit ausüben, der Umstand, daß durch sie und die für ihre Behandlung erforderliche Zeit eine Verminderung um sonst völlig dienstfähige Männer, eine Schwächung des Heeres eintritt. Da die große Verbreitung der Geschlechtskrankheiten bekannt war, und nach den Erfahrungen früherer Kriege eher mit einer Zunahme gegenüber den Friedenszeiten gerechnet werden mußte, erscheint es wunderbar, daß anscheinend auf diesem Gebiete nicht wie auf dem rein militärischen ein großzügiger Mobilmachungsplan vorlag, daß die verschiedenen im Interesse der Einschränkung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erforderlichen Maßnahmen erst nach Kriegsausbruch vorgeschlagen, diskutiert und in Verfügungen umgesetzt wurden, während beispielsweise, worauf Lesser (44) hinweist, die durch Beschränkung und verschärfte Kontrolle der Prostitution bewirkte allgemeine Prophylaxe gleich mit der Mobilmachung einsetzen muß. Einzelne Ansätze zu einer Erweiterung der sich im allgemeinen auf die bekanntlich nicht gerade sehr scharf und zweckmäßig durchgeführten Gesundheitsbesichtigungen beschränkenden Maßnahmen waren schon im Frieden zu bemerken: Touton (60) erwähnt die bei der Deutschen Marine obligatorische Prophylaxe und Bibó (4) beschreibt die bei der ungarischen Armee und Gendarmerie eingeführten Schutzmaßregeln, auf Grund deren krank befundene Reservisten unter Benachrichtigung der Heimatsbehörde

Digitized by Google

an ihren Zuständigkeitsort zurückgesandt, die Zöglinge der Ludovikakademie angehalten werden, einen Schutzapparat in der Tasche zu tragen, und die Zöglinge der Militär-Oberrealschule einen solchen erhalten, wenn sie am Ende des vierten Jahrganges die Anstalt verlassen, nachdem sie bereits im dritten Jahrgange belehrt worden waren.

Mit Ausbruch des Krieges wurden sofort in reichstem Maße Vorschläge zur Verhinderung und Beseitigung der zu befürchtenden Schäden gemacht; die im Hinterlande erdachten oder schon aus dem Frieden stammenden prophylaktischen Maßnahmen erwiesen sich nach v. Veress (61) im Felde meist als undurchführbar. Bei den vielen Einzelheiten, um die es sich hier handelt — mehrere Faktoren müssen, wie Halberstädter (33) sagt, zusammenwirken —, wird es nicht möglich sein, bei jedem Punkte die Ansichten eines jeden Autors, der sich dazu geäußert hat, anzuführen, vielmehr müssen wir uns auf eine Wiedergabe der grundlegenden und für die schließliche Gestaltung der Hauptpunkte wesentlichen Veröffentlichungen beschränken. Wichtige Zusammenfassungen der leitenden Gesichtspunkte finden sich in dem Bericht über die Ausschußsitzung der Deutschen Gesellschaft für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (DGBG) vom 18. IV. 1915 (16a) und ihrem Merkblatt für Soldaten (16b), sowie in dem Erlaß des Preußischen Kriegsministeriums vom 14. VII. 1915 [abgedruckt bei Kaufmann (38)]. Durch energische Durchführung mannigfaltiger prophylaktischer Maßnahmen allgemeiner und persönlicher Natur ist es Pick (55) gelungen, eine Verminderung der Infektionen im Etappengebiet von 45,6% auf 23% zu erzielen; er hält es jedoch für notwendig, die betreffenden Einrichtungen fachärztlich zu überwachen und entsprechend auch auf das Feldheer auszudehnen.

Beginnen wir mit den Forderungen mehr allgemeinen Charakters, so wies Neisser (51) auf die Notwendigkeit einer besseren Nutzbarmachung der zurzeit an inneren und chirurgischen Stationen beschäftigten Dermatologen hin, womit er die von ihm ebenso wie von Haberling (31) schon öfter erhobene Forderung einer besseren Ausbildung aller Ärzte und die Einfügung einer Spezialprüfung in das Staatsexamen verband. Daß die unzureichende Spezialausbildung der Ärzte nicht nur in Deutschland empfunden wurde, zeigt das Referat Gauchers (28) in der Académie de Méd. und die von ihm und Bizard (29) beobachteten vielen, auf der bedauerlichen Unkenntnis der Ärzte in der Syphilidologie beruhenden Fehldiagnosen. Die Einsetzung eines beratenden Venerologen für jede Armee forderte Blaschko (5), die Informierung der Korps- bzw. beratenden Hygieniker über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in zu belegenden Ortschaften des besetzten Gebietes Haberling (31);

Digitized by Google

ersterer weist darauf hin, daß die Offiziere den Mannschaften in bezug auf das Geschlechtsleben ein gutes Vorbild geben sollen. Der Vorschlag von Hecht (35), die Geschlechtskranken nach Schwinden der Symptome eventuell in besonderen Formationen im Felde zu vereinigen, könnte zur Verminderung der Gefahr der Verbreitung beitragen.

Um die Soldaten vor Ansteckungen zu schützen, erscheinen gewisse Maßnahmen geeignet, die zum Teil auf eine Beschränkung der Bewegungsfreiheit hinzielen. Im Heimatsgebiet kommt nach dem Erlaß des Preußischen Kriegsministeriums [Kaufmann (38)] die Bestrafung der Selbstbehandlung sowie der Behandlung durch Kurpfuscher und deren Ankündigung in Betracht, für das besetzte Gebiet fordert Blaschko (5, 7) früheren Kneipenschluß und Beschränkung des Abendurlaubs sowie Zurückhaltung eines Teiles der Löhnung. Bei den bekannten Beziehungen zwischen Geschlechtskrankheiten und Alkohol sollte seine Einschränkung mit Finger (22) immer wieder betont werden. Haberling (31) und Schiffmann (58) halten gegebenenfalls eine Beschränkung der Bewegungsfreiheit im Felde in Form von Kasernierung für erforderlich.

Dieser mehr allgemeinen Prophylaxe steht die persönliche gegenüber. Das einfachste und sicherste Schutzmittel wäre natürlich die Vermeidung jeglichen geschlechtlichen Verkehrs; so ist die absolute Enthaltsamkeit ganz ernsthaft, besonders im Anfang des Krieges, verlangt worden von Blaschko (6, 9), der in dieser Zeit hierin keine zu rigorose Forderung erblickte, Kuhn und Möllers (42), die einen verheirateten Mann, der verkehrt, für ehrlos erklärten, Mendel (46), der ein striktes Verbot des Geschlechtsverkehrs bei den Militärbehörden vorschlug, das von diesen indessen abgelehnt wurde. Sieht man von der von Fehlinger (21) hervorgehobenen Tatsache ab, daß der Geschlechtstrieb im Kriege im allgemeinen abgenommen hat, daß die Tätigkeit an der Front in dieser Richtung besonders erschlaffend wirkt, und im Schützengraben die Sinnlichkeit so gut wie erloschen ist und auch bei einem, wenigstens kurzen Aufenthalt in bewohnteren Gegenden nicht so schnell wieder auflebt, so hat sich doch im übrigen die Undurchführbarkeit derartiger utopischer Forderungen sehr bald herausgestellt [Eicke (19), v. Veress (61)], und zwar anscheinend mit solcher Deutlichkeit, daß selbst ihr ursprünglicher Verfechter Blaschko (5, 7) davon zurückgekommen ist und anerkennt, daß mit der verschiedenen Artung der Betreffenden zu rechnen ist, und daß sich insbesondere gerade in der Etappe viele ältere, verheiratete Leute befinden, die ohne Geschlechtsverkehr nicht auskommen können. Auch Balzer (1) betont, daß der Geschlechtstrieb für viele Soldaten nicht zu unterdrücken ist, und Schiffmann (58) muß mit Bedauern feststellen, daß die ihm unterstehenden Mannschaften weder durch Drohungen noch

Digitized by Google

durch Überredung vom Verkehr abzubringen waren, obwohl sie wußten, daß sie sich in einer Gegend befanden, in der durch die Indolenz der Bevölkerung die Geschlechtskrankheiten weiteste Verbreitung gefunden hatten. So wird die Enthaltsamkeit eine moralische Forderung bleiben, die weder durch Zwang noch durch Strafe zu erzielen ist, auf die gewiß, auch vor der Empfehlung von Schutzmitteln immer wieder unter Anrufung des Ehrgefühls hingewiesen werden soll [Blaschko (5), Bendig (2)]; auch daß Enthaltsamkeit für die meisten Menschen im Gegensatz zu weit verbreiteten Anschauungen unschädlich ist, sollte bei dieser Gelegenheit ausdrücklich hervorgehoben werden [Neisser (51), Jadassohn (37)]. Die Erkenntnis, das ideale Ziel nicht erreichen zu können, legt jedoch die Verpflichtung auf, die anderen Wege, die sich für die Beschränkung der Geschlechtskrankheiten bieten, nicht unbetreten zu lassen.

Wenn ein so zielbewußter und unermüdlicher Vorkämpfer für die Aufklärungsbewegung wie Neisser (50) sich zu dem Geständnis gezwungen sieht, gerade der Krieg habe die Erkenntnis beigebracht, daß diese nur einen gewissen kleinen Erfolg gehabt hat, so wird man sich auch davon nicht zu viel zu versprechen haben; Aufklärung, Belehrung und Warnung vor den Geschlechtskrankheiten, über deren Wesen und Gefahren noch immer weitgehende Unkenntnis besteht [Halberstädter (33)], stellen kleine Bausteine an dem großen Gebäude der Volkswohlfahrt auf geschlechtlichem Gebiete dar, deren Bedeutung wir nicht überschätzen, die wir aber doch auch nicht ganz vernachlässigen dürfen, und die deshalb ziemlich allgemein vorgeschlagen werden [Gaucher und Bizard (29), Pick (55), Beron (3), Blaschko (6), Klausner (41)]; Finger (22, 24) hält sie besonders für neu aufgestellte Formationen für wertvoll und empfiehlt außerdem Warnungsplakate auf den Bahnhöfen, wie solche in Brüssel zur Anwendung kommen [abgedruckt bei Dreuw (17)]. In Italien hat sich nach dem von Balzer (1) wiedergegebenen Bericht Pasinis eine Vereinigung für medizinische Propaganda gebildet, die bei dem Heere herumreist, über alle Fragen der Hygiene Rat erteilt, Merkblätter verteilt.

Da wir danach damit rechnen müssen, daß doch in zahlreichen Fällen Geschlechtsverkehr stattfinden wird, muß das Bestreben dahin gehen, ihn seiner Gefahren nach Möglichkeit zu entkleiden. Das geschieht zunächst durch die „persönliche Prophylaxe" in Form der vor, bei oder nach dem Verkehr anzuwendenden Schutzmittel. Blaschko (5) empfiehlt als solche in erster Linie Fischblase, dann Gummipräservativ, dann Einträufelungs- und Einreibungsmittel, die am besten in einer Salbe zum Schutz gegen Syphilis und Tripper vereinigt sein sollten, Neisser (52) Kondom, Einfetten, Einträufeln von Protargol-Glyzerin 10—20%, Novin-

Digitized by Google

jektolsalbe, Kaviblenstäbchen, Hoffmann (36) Präservativ, 33% ige Kalomelsalbe (besser als die nicht fette Neisser-Siebertsche Salbe), mit Albargin 5% getränkte Wattestäbchen einige Minuten in die Harnröhrenöffnung drücken, Klauber (40) ein Besteck mit Protargolstäbchen, die lange haltbar und den flüssigen Prophylaktizis vorzuziehen sind, Pick (55) Albargin, Kalomelsalbe, Finger (24) besonders die chemischen Mittel, die nach Pasini (53) in der italienischen Marine gute Resultate gegeben haben.

Klauber (40) hat das von ihm eingeführte Schutzbesteck so eingerichtet, daß es von jedem Mann bequem bei sich getragen werden könnte; da eine allgemeine Einführung nicht besteht und man sich auch nicht hierauf beschränken wird, muß die Gelegenheit, sich vor dem Verkehr mit Kondoms versehen und nach demselben Einträufelungen oder ähnliche Maßnahmen in bequemer und zweckmässiger Weise vornehmen zu können, nach Möglichkeit gefördert werden. Den Bezug der ersteren durch Automaten lehnt Blaschko (5) ab, er wünscht ihren Verkauf in Kantinen, Galewsky (27) und Hoffmann (36) in Revier- bzw. besonderen Sanitätsstuben, alle drei Autoren auch in den Bordellen, was nach Pick (55) unter Beifügung von Warnungsplakaten in Olmütz und nach Sattler (56) in Sarajewo eingeführt ist. Hierzu möchte ich bemerken, daß mir der Vertrieb in Bordellen, ebenso wie auch sonst durch Prostituierte, nicht unbedenklich erscheint, da die Gefahr vorliegt, daß bereits gebrauchte Präservativs verkauft werden können, an denen Krankheitskeime haften; etwas anderes wäre es natürlich, wenn es sich um unter militärischer Kontrolle stehende Bordelle handelt und der Verkauf in den Händen des Sanitätspersonals liegt. Die desinfizierenden Maßnahmen nach dem Verkehr wünscht man allgemein nicht durch die Soldaten selbst, sondern durch Sanitätspersonal vornehmen zu lassen, das Pick (55) für die Prophylaxe ausbildet und von dem er immer abwechselnd einen Mann Dienst tun läßt, der über die Ausführung und auch über die seit dem Verkehr vergangene Zeit Listen führt, es sollen dafür besonders geeignete Räume dienen, wie es Finger (24) unter Bescheinigung der erfolgten Ausführung, Galewsky (27) unter Benutzung der Revierstuben und ein Schweizer Armee-Befehl [Jadassohn (37)] unter Meldung im Krankenzimmer fordert. Am weitesten kommen den praktischen Bedürfnissen die Einrichtungen entgegen, wie sie Sattler (56) aus den Bordellen Sarajewos als besondere Räume, in denen die Desinfektion durch Sanitätspersonal ausgeführt wird und Biró (4) aus den ungarischen Kasernen beschreibt, in denen nahe der Toreinfahrt Gelegenheit zu Waschungen und prophylaktischen Einspritzungen nach der Nachhausekunft gegeben ist, ferner in der, auf den wohl großenteils in den späteren Abendstunden stattfindenden Verkehr Rücksicht nehmen-

Digitized by Google

den Einrichtungen eines besonderen Abendrevierdienstes nach Zapfenstreich bei KUHN und MÖLLERS (42).

Während v. VERESS (61) die persönliche Prophylaxe ebenso wie die allgemeine für undurchführbar hält, wird sie von anderen Seiten dringend empfohlen, um zu erreichen, daß möglichst wenig Leute dem Dienst entzogen werden [LESSER (44), BRINITZER (12), SATTLER (56), EICKE (19), FINGER (22, 24), KLAUSNER (41)]. PAUTRIER (54) läßt im Spital in Bourges Unterricht in ihr erteilen. Noch weiter gehen GALEWSKY (27), PICK (55) und BLASCHKO (5), die sich nicht auf die Empfehlung der Schutzmittel beschränken, sondern einen Zwang zu ihrer Anwendung eingeführt sehen wollen, letzterer immer unter der Voraussetzung, daß die Aufforderung zur Abstinenz und die Warnung vor den Gefahren der Geschlechtskrankheiten voraufgeht, auf die DREUW (18) auch auf den Packungen der Schutzmittel hingewiesen sehen will. TOUTON (60) lehnt den Zwang ab. Aus dem Bereich der 2. k. k. Armee berichtet MOLDOVAN (48), daß in den Feldbordellen die persönliche Prophylaxe nach dem Verkehr obligatorisch ist, in der Schweizer Armee ist sie binnen drei Stunden nach dem Verkehr vorgeschrieben [JADASSOHN (37)], und eine Verfügung des Nordamerikanischen Kriegsdepartements (20) legt den Offizieren die Verpflichtung auf dafür zu sorgen, daß sich Mannschaften, die sich der Gefahr der Ansteckung ausgesetzt haben, sofort nach Rückkehr in das Lager oder die Garnison im Spital oder der Ambulanz den vom Generalarzt vorgeschriebenen prophylaktischen Maßnahmen unterwerfen.

Wenn auch gegen die Empfehlungen und den Zwang der Anwendung, wie wir gleich sehen werden, gewisse Bedenken nicht unterdrückt werden können, so muß doch HELENE FÜRTH (26) unbedingt darin Recht gegeben werden, daß die vielfachen Empfehlungen seitens der Behörden gegen die vor dem Kriege in Aussicht genommenen gesetzlichen Beschränkungen der Schutzmittel sprechen. LESSER (44) und BLASCHKO (8) verkennen nicht die ethischen Bedenken, die gegen die Empfehlung sprechen, worin immerhin eine Anreizung zum außerehelichen Verkehr erblickt werden könne. Trotzdem ist BRANDWEINER (11) für ihre Empfehlung, während SCHIFFMANN (58) dadurch einen Schaden für ängstliche Personen befürchtet, die sonst nicht dazu kommen würden; da auch bei den zum großen Teil auf niederer Bildungsstufe stehenden Leuten mit unrichtiger Anwendung gerechnet werden muß, erscheint es ihm sehr fraglich, ob die persönliche Prophylaxe im Felde etwas leistet. Die in der Schweiz vorgeschriebene, binnen drei Stunden vorzunehmende Prophylaxe hält JADASSOHN (37) für schwer durchführbar, da es sich oft um späte Abendstunden handele. Vor allem aber weist er ebenso wie BLASCHKO (8) und HALBERSTÄDTER (33) darauf hin, daß der Schutz nur

Digitized by Google

ein relativer, unsicherer ist. Das kann gar nicht eindringlich genug betont werden, zumal bei dem im allgemeinen geringen Verständnis der Leute diese geneigt sind, ein Schutzmittel, da seine Anwendung empfohlen wird, für ein absolut sicheres zu halten. Da die chemischen Mittel auch ihrerseits gar nicht selten Harnröhrenreizungen verursachen, ein Umstand, auf den meiner Meinung nach im allgemeinen zu wenig Gewicht gelegt wird, so ergibt sich jedenfalls die Notwendigkeit darauf hinzuweisen, daß trotz der Anwendung von Schutzmitteln die ärztliche Untersuchung nicht zu vernachlässigen ist.

Wie wir gesehen hatten, daß trotz aller Aufklärungsarbeit, trotz Aufforderung zur Enthaltsamkeit und Warnung vor den Gefahren des außerehelichen Geschlechtsverkehrs mit dessen Ausübung gerechnet werden muß, so darf die Propaganda für die Anwendung der Schutzmittel, und selbst die weitgehendste Ausbildung der persönlichen Prophylaxe nicht darüber täuschen, daß trotzdem häufig genug Ansteckungen zustande kommen werden. Diese möglichst frühzeitig zu erkennen und in möglichstem Umfange zu erfassen, um sie geeigneter Behandlung zuzuführen, muß eine der wichtigsten Maßnahmen sein, damit einerseits die Erkrankten möglichst dienstfähig erhalten bzw. baldigst wieder dienstfähig gemacht, andererseits als Ausgangspunkt neuer Infektionen ausgeschaltet werden. Man wird sich nicht auf die Verpflichtung, jede Erkrankung sofort zu melden, beschränken können, besonders wenn die Angabe Hahns (32) zutrifft, daß die Erfahrungen mit der freiwilligen Meldung beim Militär sehr schlechte sind, vielmehr häufige Untersuchungen der gesamten Mannschaft vornehmen müssen, die in regelmäßigen Pausen [Beron (3), Eicke (19) wöchentlich, Pick (55) dreimal monatlich, Blaschko (5) vierzehntägig], nach letzterem außerdem noch unvermutet stattfinden sollen; Halberstädter (33) hält es für notwendig, daß diese Untersuchungen durch den Arzt selbst geschehen, und Schiffmann (58) legt nach praktischen Erfahrungen bei der Truppe Wert darauf, daß die Vorkehrungen wirklich so getroffen werden, daß sich niemand davon drücken kann. Er sah von eingehend und ausnahmslos durchgeführten Untersuchungen einen moralischen Einfluß auch insofern, als die Erkrankten sich schon vorher freiwillig meldeten, glaubt jedoch andererseits, daß bei unkomplizierter Gonorrhoe häufig Versager vorkommen. Finger (24) wünscht die Offiziere in den Untersuchungszwang einzubeziehen, ein durchaus berechtigtes Verlangen, dem der Erlaß des preußischen Kriegsministeriums [Kaufmann (38)] nur in sehr unbestimmter Form gerecht wird. Für die Untersuchung auf Syphilis gibt Balzer (1) den Rat, jede noch so geringe Läsion als verdächtig zu behandeln, ein Rat, der nicht eindringlich genug unterstützt werden kann.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Das Prinzip der Gramschen Färbung als Grundlage einer prognostisch allgemein verwertbaren Urinprobe, von Kronberger. (D. m. W., 1917, Nr. 24.) Um sicheren Aufschluß über den momentanen Allgemeinzustand der Patienten zu erlangen, gibt K. die Jod-Gentianaviolettreaktion des Harns an. Man benötigt für diese Reaktion folgende Jodlösung: Jodi puri 1,0, Kal. jodati 2,0, Aq. dest. 200. Die konzentrierte wäßrige Gentianalösung wird 200fach mit Brunnen- oder destilliertem Wasser verdünnt. Zur Ausführung der Methode mischt man in einem Meßzylinder: 1. 1 ccm der Jodlösung, 2. 10 ccm filtrierten Urin, 3. 1 ccm der verdünnten Gentianaviolettlösung, 4. 10 ccm absoluten Alkohol. Diese Mischung wird dann in ein Reagenzglas umgegossen und kräftig geschüttelt. Bei Fällen mit momentan infauster Prognose tritt Rotfärbung, bei günstig verlaufenden Fällen und bei normalen Harnen Blauviolettfärbung auf. Die Resultate dieser Methode ergeben wesentliche Vorteile gegenüber der Weissschen Permanganat-Urochromogenprobe und der Ehrlichschen Diazoreaktion. E. Brinitzer-Altona.

Medikamentöse Rotfärbung alkalischen Urins, von Saake. (Ther. d. Gegenw., April 1916.) S. beobachtete bei Darreichung von Purgen eine Rotfärbung des Urins. Bei Säurezusatz verschwand die Rotfärbung. E. Brinitzer-Altona.

Zur genaueren Unterscheidung der renalen Albuminurien nebst Bemerkungen über „Kriegsnephritiden", von Strauss. (Zbl. f. d. ges. M., 1916, Nr. 12.) S. beschreibt in dieser Arbeit eine sehr einfache Methode zur Ermittlung des „Eiweißquotienten", d. h. des Verhältnisses des Albumins und Globulins. Aber auch der mit der neuen Methode ermittelte Eiweißquotient gestattet keineswegs die topische Trennung der Albuminurien, d. h. die Unterscheidung von „tubulogenen" und „glomerulogenen" Albuminurien. Was nun die „Kriegsnephritiden" betrifft, ist dem Verfasser eine spezielle Eigenart im Verlaufe nicht aufgefallen. Als ätiologische Momente dürften in erster Linie toxische oder infektiöse Momente in Frage kommen. Die Erkältung spielt auch im Kriege als disponierende Ursache eine wichtige Rolle, die Hauptursache ist sie sicher nicht. E. Brinitzer-Altona.

Albuminurie nach Bestrahlung mit künstlicher Höhensonne, von Edward Dotzel. (M. m. W., 1917, Nr. 24.) Dotzel beobachtete auch in mehreren Fällen nach Höhensonnenbestrahlung Albuminurie; er faßt dieselbe aber als „lordotisch" bedingt auf, verursacht durch die Lage bei der Bestrahlung. Beweis: Es wurde auch Albuminurie beobachtet nach Lagerung auf dem Bestrahlungstisch, ohne daß Bestrahlung statthatte. A. Witte-Bremen.

Die Albuminurie des Stehens, von Erich Nassau, im Felde. (Zschr. f. kl. M., 1917, Bd. 84, H. 1 u. 2.) Mehr als $^1/_4$ der untersuchten im Felde stehenden Soldaten sämtlicher Truppengattungen schied beim längeren Stehen Eiweiß aus. Die Eiweißausscheidung tritt beim Reagierenden schnell und regelmäßig ein. Das Eiweiß ist Serumalbumin. Sowohl die Sedimentsbefunde (Hämaturie und Zylindrurie) als auch die Wasserausscheidungskurve und der Effekt von Bewegungen sprechen für das Vorliegen einer Nierenstauung als Ursache der Eiweißausscheidung. Die Stauung ist mechanischer Natur: der lordotische Bau der Wirbelsäule, die asthenische Konstitution und in seltenen Fällen sich noch der Kenntnis entziehenden Faktoren führen bei längerer Zeit eingehal-

Digitized by Google

tener aufrechter Körperhaltung zur Kompression der abführenden Nierengefäße. Die stete Wiederholung der Stauung in der Niere, der besonders der Infanterist beim häufigen Postenstehen ausgesetzt ist, kann für die Nieren eines disponierten Individuums nicht gleichgültig sein; der Eintritt einer dauernden Schädigung liegt wohl im Bereiche der Möglichkeit. O. Gans-Karlsruhe.

Das Wesen und die Pathogenese der orthostatischen Albuminurie, von v. Dziembowski. (Ther. d. Gegenw., Sept. 1916.) 4 Fälle, die alle die vagotonischen Symptome und das für die Vagotonie charakteristische Blutbild (Verminderung der neutrophilen Blutzellen und Vermehrung der Eosinophilen und der Lymphozyten) aufwiesen, haben den Verfasser veranlaßt, die orthostatische Albuminurie als eine Teilerscheinung der Vagotonie zu erklären. Als ausschlaggebendes Moment für die Entstehung der Vagotonie und somit auch der orthostatischen Albuminurie faßt D. eine Funktionsverminderung des chromaffinen Gewebes und eine damit zusammenhängende Herabsetzung des Sympathicustonus auf. E. Brinitzer-Altona.

Zum Eiweißnachweis im Urin, von Eicke. (D. m. W., 1916, Nr. 34.) In Nr. 11 der D. m. W. 1916 hatte Liebers als schärfste Methode für die Eiweißbestimmung im Urin die Pandysche Reaktion empfohlen. Eicke hat nun nach dem Vorgange von Roberts, Brandberg, Stolnikoff Verdünnungsreihen hergestellt, um die Verdünnungsgrenzen zu ermitteln. Er fand bei einem sehr eiweißreichen Urin, daß die Verdünnung von 1:30 bei der Unterschichtung mit Salpetersäure noch eine Ringbildung erkennen ließ, während die Pandysche Reaktion nur bis zu einer Verdünnung von 1:18 positiv ausfiel. E. Brinitzer-Altona.

Eine Schnellmethode zur quantitativen Eiweißbestimmung im Urin, von K. L. Gad-Andersen. (Ugeskrift f. Læger, 1916, H. 14.) Der Verfasser hat einige Kontrollversuche über die von E. Lenk (D. m. W., 1915, S. 1281) angegebene Methode zur quantitativen Bestimmung der Eiweißmenge im Urin gemacht. Durch Zusatz von $BaSO_4$ hat er die Zeit für die Bestimmung bis 4 Minuten hinuntergedrückt, welche zur ganz fertigen Reaktion genügen. Bei Eiweißmengen von über 2‰ muß doch der Urin verdünnt werden, um korrektere Resultate zu erzielen. W. Holland-Kristiania.

Zur Kenntnis des im Harn nach Trionalvergiftung auftretenden Porphyrins, von Ellinger und Riesser. (Hoppe-Seylers Zschr., Bd. 98, H. 1 u. 2.) Den Verfassern ist es gelungen, aus dem Harn eines Falles von Trionalvergiftung einen Farbstoff zu isolieren, der in seiner elementaren Zusammensetzung mit dem von H. Fischer bei einem Fall von kongenitaler Porphyrinurie dargestellten Urinporphyrin übereinstimmt. E. Brinitzer-Altona.

Urobilinogenurie bei Malaria, von D. Antic und F. Neumann-Kragujevac. (Militärarzt, 1917, 51. Jahrgang, H. 6.) Verfasser machen auf das beständige Vorkommen von Urobilinogen im Harne Malariakranker aufmerksam, das als ein ausgezeichnetes differentialdiagnostisches Hilfsmittel zwischen atypischer Malaria und typhösen Erkrankungen dienen kann. Die Urobilinogenurie steht im ursächlichen Zusammenhang mit dem Zerfall der roten Blutkörperchen, aus denen Hämoglobin, Hämosiderin und als Verdauungsprodukt der Parasiten Melanin entsteht. Einige Tropfen der Ehrlichschen Lösung: Dimethylamidobenzaldehyd 2, Acid. hydrochlor. conc. 20, Aq. dest. 80 zu frisch gelassenem Harn geben in einigen Sekunden bis drei Minuten einen rotgefärbten Harn. W. Chrzelitzer-Posen.

Die Bedeutung der Urobilinurie für die Unterscheidung der mit Ödemen einhergehenden Herz-, Leber- und Nierenerkrankungen, zugleich für Prognose und Therapie der Herzkrankheiten, von Hildebrandt. (Zbl. f. d. ges. M., 1916, Nr. 42.) Hindernisse im Abfluß der Galle, Ernährungsstörungen der Leberzellen durch

Digitized by Google

Blutstauung, Entzündung, Vergiftung bewirken eine unvollständige Resorption des Urobilins in der Leber, demzufolge eine Überschwemmung des Blutes mit Urobilin und Übertritt von Urobilin in den Harn. Starke Urobilinurie spricht gegen primäre Nephritis. Bei starker Albuminurie spricht Fehlen von Urobilinurie für primäre Nierenerkrankung; es ist jedoch zu beachten, daß bei Durchfällen die Resorption des Urobilins aus dem Darm Not leidet und eine sonst zu erwartende Urobilinurie ausbleiben kann. Bei Kreislaufstörungen, welche von Herz oder Lunge ausgehen, ist die Urobilinurie das früheste objektive Zeichen. Falls Kreislaufstörungen zu dauernden Leberveränderungen geführt haben, bleibt auch die Urobilinurie von Dauer, während bei der einfachen Stauungsleber die vorher nachweisbare Urobilinurie mit Wiedereintritt völlig kompensierter Herztätigkeit schwindet.

E. Brinitzer-Altona.

Ein Beitrag zur Klinik der Urobilinurie, von A. Kirch-Krems. (W. kl. W., 1916, Nr. 39.) Der Verfasser beobachtete, daß im Anschluß an Salvarsaninjektionen in manchen Fällen eine verschieden starke Urobilinurie bzw. Urobilinogenurie auftrat. Es handelte sich mit einer Ausnahme immer um Tabiker oder Paralytiker. Die Erscheinung war stets transitorischer Art und als Symptom einer reversiblen Parenchymschädigung der Leber aufzufassen. Im Anschluß wird ein Fall von Urobilinurie bei Basedow erwähnt.

H. Vörner-Leipzig.

Zur Hämaturie nach Kriegsverletzung, von Georg Berg in Frankfurt a. M. (M. Kl., 1916, Nr. 17.) Berg berichtet die im Original nachzulesende, ausführliche Krankengeschichte eines Falles von Hämaturie, dieselbe war aufgetreten erst acht Wochen nach der Verletzung: Gewehrschuß in hockender Stellung. Einschuß: unter dem linken Ellenbogen in die linke Seite in der mittleren Axillarlinie im neunten Interkostalraum; Ausschuß im elften Interkostalraum zwei Finger breit links von der Wirbelsäule. Die Zystoskopie ergab völliges Intaktsein der Harnröhre, Blase und rechten Niere, dagegen absolute Leere des linken Harnleiters. Durch Lendenschrägschnitt wurde die linke Niere bloßgelegt, wobei sich zeigte, daß dieselbe durch die abgebrochenen Fragmente der X. und XI. Rippe tief auf die Darmbeinschaufel hinabgedrückt war. Die Niere schien vergrößert, die Kapsel gespannt. Nach Ablösung der letzteren an der Nierenoberfläche deutliche Zeichen der Entzündung, sonst ohne Besonderheiten. Ausgang in Heilung. Verfasser betont die Wichtigkeit der zystoskopischen Untersuchung, die im Verein mit dem Röntgenogramm in vielen Fällen von Hämaturie erst Aufklärung schaffen kann.

O. Lasch-Breslau.

Eine neue Ursache der Hämaturie: die Phosphaturie, von Perrier. (Rev. méd. Suisse rom., 1917, S. 496.) Auf Grund einiger Beobachtungen kommt der Verf. zu dem Schluß, daß die Ausscheidung von Phosphaten zu renaler Blutung Veranlassung geben kann.

H. Vörner-Leipzig.

Über Marschhämoglobinurie, von L. Lichtwitz. (B. kl. W., 1916, Nr. 46.) Verf. beschreibt einen Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie eines 20jährigen, früher stets gesunden Soldaten. Die Hämoglobinurie war nach einem mittleren Marsch eingetreten, am nächsten Morgen wieder verschwunden, ließ sich aber bei Marschversuchen von 1—2stündiger Dauer stets erzeugen. Stehen in lordotischer Haltung erzielte keinen Blutfarbstoff im Harn, nur Eiweiß und den durch Essigsäure fällbaren Eiweißkörper. Die in einer Arsenkur und zwei subkutanen Injektionen des eigenen Serums des Patienten bestehende Therapie bewirkte, daß nach zwei Monaten keine Anfälle wieder auftraten.

E. Klemm-Leipzig.

Zur Pathogenese der paroxysmalen Kältehämoglobinurie, von O. P. Gerber-Pozsény. (W. kl. W., 1916, Nr. 39.) Der Verf. beobachtete, daß ein Patient, der

Digitized by Google

gelegentlich spontane Anfälle aufwies, dieselben auch dadurch experimentell bekam, wenn man ihm die mit einer Ligatur gestauten Arme längere Zeit stark abkühlte.

H. Vörner-Leipzig.

Über den qualitativen Nachweis kleiner Zuckermengen im Harn, von H. Chr. Gellmuyden. (Nord. m. Arkiv, 1916, Abt. II, H. 2, Nr. 6.) Verf. hat an diabetischen und nichtdiabetischen Harnen vergleichende Prüfungen der Almén-Nylanderschen, Worm-Müllerschen und der Phenylhydrazinprobe angestellt, inwieweit sie sich dazu eignen zu entscheiden, wann der Zucker bei geeigneter Diät aus dem Harn schwindet und wann bei einer Toleranzbestimmung die ersten Spuren desselben wiedererscheinen. Die Phenylhydrazinprobe ist nach Erfahrung des Verf. die zuverlässigste. Zu ihr ist zu greifen, falls die anderen beiden Proben eine schwache Reaktion ergeben haben, bei der man im Zweifel bleiben kann, ob der Harn pathologischen Zucker enthält oder nicht. Allerdings ist sie weniger geeignet für den praktischen Arzt, weil ihre Ausführung am besten in einem Laboratorium stattfindet. Von den beiden Reaktionsdroben ist die Worm-Müllersche die empfindlichere und sehr wohl zur Anwendung in der Sprechstunde geeignet. Bei der Ausführung letzterer Probe hielt sich Verf. an die Originalvorschrift, bei der Almén-Nylanderschen an die von Hammarsten in seinem Lehrbuch empfohlene. E. Klemm-Leipzig.

Über die Anwendung des Methylenblaus zum Zuckernachweis im Urin, von Liebers. (D. m. W., 1916, Nr. 39.) L. empfiehlt diese Methode sehr für den Praktiker, da der Farbenumschlag ein sehr deutlicher ist. Von einer 0,1%igen wäßrigen Methylenblaulösung tut man 5 ccm in ein Reagenzglas und dazu 10—20 Tropfen offizinelle Kalilauge. Dann fügt man 5—6 Tropfen des zu untersuchenden Urins hinzu und läßt ein- bis zweimal aufkochen. Bei Anwesenheit von Zucker verschwindet die blaue Farbe — je nach der Menge des Zuckers mehr oder weniger rasch — und die Flüssigkeit wird hell und durchsichtig. Durch Schütteln der kalt gewordenen Flüssigkeit wird das Methylenblau wieder oxydiert, und die blaue Farbe tritt wieder auf. E. Brinitzer-Altona.

Über eine Harnsäurereaktion im Speichel, von Carl v. Noorden und Ilse Fischer, Frankfurt a. M. (B. kl. W., 1916, Nr. 39.) Verwendet wurde die von Folin angegebene kalorimetrische Methode, die auf Messen der bei Einwirkung von Phosphorwolframsäure auf Harnsäure nach Hinzufügen von Sodalösung entstehenden Blaufärbung beruht. Die Behandlung des Speichels nach dieser Methode ergab Werte von Spuren bis zu 100 mg Harnsäure in 100 ccm Speichel. Die höchsten Werte fanden sich bei zweiffellos Gichtkranken und bei Gichtverdächtigen; öfter, aber doch nicht so regelmäßig, bei chronischer Nephritis. E. Klemm-Leipzig.

c. Labien, Vagina usw.

Über spontane partielle Strangulation der Labia minora durch Pubes verursacht, von Otto Haslund. (Ugeskrift f. Læger, 1915, Nr. 50.) Es werden zwei Krankengeschichten besprochen; der Titel besagt das Wesentliche.

W. Holland-Kristiania.

Über Ulcus vulvae acutum (Lipschütz), von Jan T. Lenartowicz-Lemberg. (W. kl. W., 1917, Nr. 9.) Der Fall betrifft ein 16jähriges Mädchen. Eine Infektion, insonderheit durch Geschlechtsverkehr, war auszuschließen. Die Geschwüre saßen auf den großen und kleinen Schamlippen sowie an der hinteren Kommissur. In den Geschwüren fanden sich die schon von Lipschütz beschriebenen grampositiven Stäbchen. Die Therapie: Abwaschungen mit Sublimatlösung und Einstreuen mit Jodoform und Dermatol bedingte sehr baldige Besserung und Heilung. H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Eine Kombination von syphilitischem Primäraffekt der Vulva mit isolierter Vulvitis diphtherica, von EGYEDI. (D. m. W., 1916, Nr. 44.) Bei einem sieben Jahre alten Bauernmädchen im Gouvernement Lublin waren die großen Labien innen und außen mit einer graugelben Membran belegt, die Vulva stark gerötet. Die von der Membran angefertigten Ausstrichpräparate zeigten Diphtheriebazillen als beinahe allein anwesende Bakterien auf. Nach der Seruminjektion schwinden die Membranen, an deren Stelle aber bleiben breite, flache, wenig sezernierende Geschwüre zurück, deren Umgebung immer härter wird. Im reichlich vorhandenen Reizserum wird eine Unmenge von typischen Syphiliserregern gefunden. E. Brinitzer-Altona.

Soor der Vulva, von GOLLINER. (D. m. W., 1916, Nr. 50.) G. berichtet über eine 24jährige Frau, die wegen Juckens an den Genitalien in die Sprechstunde kam. Vulva und die unteren Partien der Scheide waren mit bläulich-weißen Auflagerungen bedeckt, die der Schleimhaut fest aufsaßen. Die mikroskopische Untersuchung ergab Soorpilze. Durch Spülungen mit 3%iger Boraxlösung und Pinselungen mit 20%igem Boraxglyzerin stießen sich die Pilzrosen außerordentlich schnell ab.

E. Brinitzer-Altona.

Ein eigentümlicher Fall von Vaginismus, von NEERMANN. (Ugeskrift f. Læger, 1916, Nr. 20.) Ein 30jähriges Weib bot gleichzeitig mit den Vaginismusanfällen Zeichen einer rechtsseitigen Hydronephrose dar; es traten anhaltende Anfälle nach jedem Versuch, den Beischlaf auszuüben, auf. Nach Heilung des Vaginismus schwanden alle Symptome.

W. Holland-Kristiania.

Tuberkulose der Urethra und der Blase bei der Frau. Exstirpation der Blase, von ROSENBACH. (Zbl. f. d. ges. M., 1916, Nr. 47.) Bei einer 61jährigen Frau hat R. infolge ausgedehnter Blasentuberkulose die Blase exstirpiert und die Ureteren in die Vagina eingepflanzt. Zwei Monate nach der Operation enthielt der Urin nur Spuren von Eiweiß; im Sediment waren Plattenepithelien und Eiterkörperchen vorhanden, aber keine Zylinder, keine Nierenepithelien, keine Tuberkelbazillen. Das Allgemeinbefinden der Patientin war außerordentlich gut. Die Gefahr der aufsteigenden Infektion ist bei Einpflanzung der Ureteren in die Vagina nicht so groß wie bei Einpflanzung in den Darm. ALBARRAN führt dies darauf zurück, daß die Ureteren bei der Einpflanzung in die Vagina einen geradlinigen Verlauf haben, wodurch es zu keiner Stagnation des Urins kommt. Nach R. kommt aber noch der Umstand hinzu, daß die Vagina nicht so viele pathogene Keime hat wie der Darm und daß durch Spülungen die Schleimhaut reingehalten werden kann. E. Brinitzer-Altona.

Nierentuberkulose und Menstruation, von WILLY HOFMANN. (B. kl. W., 1916, Nr. 45.) Die bei Pyelitis beschriebene prämenstruelle Temperatursteigerung hat Verfasser auch in einem Falle von Nierentuberkulose beobachten können. Am dritten Tage nach Beginn des Anfalles setzte die Periode, früher als erwartet, ein. Mit ihrem Eintritt erfolgte kritischer Abfall des Fiebers und Rückgang der Verschlimmerung des Gesamtbefindens. Nach Entfernung der tuberkulösen Niere verliefen die darauffolgenden Perioden in normaler Weise. E. Klemm-Leipzig.

Zur Frage der Uteruserkrankung bei Vulvovaginitis infantum, von V. MUCHA. (W. m. W., 1916, Nr. 28.) Verfasser hatte Gelegenheit, die Genitalschleimhaut eines 19 Monate alten Kindes mit Blennorrhoe, das an Scharlach und Masern starb, histologisch zu untersuchen. Es fand sich ein ausgesprochenes, meist aus einkernigen Rundzellen bestehendes Infiltrat der Vaginalschleimhaut in deren ganzer Ausdehnung. Auch der Schleimhautüberzug der Vaginalpartien des Uterus war befallen, doch setzten die Veränderungen am äußeren Muttermunde scharf ab. Die Schleimhaut des äußeren Muttermundes und des untersten Teiles des Zervikalkanales sowie der Drüsenschläuche zeigten

Digitized by Google

aber auffällige Veränderungen des Epithels, bestehend in mächtigen Epithelneubildungsvorgängen, über deren Ursache nichts Bestimmtes gesagt werden kann.

R. Frühwald-Leipzig.

Zur Strahlenbehandlung der Vulvaaffektionen, von Leopold Freund-Wien. (Fortschr. d. Röntgenstr., Bd. 12.) Freund empfiehlt zur Bestrahlung der Vulva eine Vulvaspreizzange, zu haben bei J. Odelga, Wien VIII, Alserstr. 23.

W. Chrzelitzer-Posen.

Primäres Vaginalkarzinom mit Radium und Röntgenstrahlen behandelt, von Isaac Levin. (M. Record, 1. Aug. 1914.) Die Behandlung bestand in der Einführung von 50 mg Radium direkt in das ulzerierte Karzinom achtmal durch je zwölf Stunden. Außerdem wurden zehnmal massive Röntgendosen verabreicht und zwar vom Abdomen her, um auch eventuelle Drüsenmetastasen zu beeinflussen. Der Erfolg war ausgezeichnet; an Stelle des Tumors findet sich eine Narbe, in der mikroskopisch keine Karzinomreste gefunden wurden.

R. Frühwald-Leipzig.

Die Behandlung der Trichomonas-Kolpitis, von Hoehne. (Zbl. f. d. ges. M., 1916, Nr. 6) Bei der sehr lästigen Trichomonas-Kolpitis hat sich dem Verfasser folgende Methode außerordentlich bewährt: an vier aufeinanderfolgenden Tagen wäscht er im Rinnenspekulum die Scheide sorgfältig mit in 1‰ Sublimatlösung getauchten Wattebäuschen ab, trocknet dann die Scheide und bedeckt die Scheidenwände unter gleichmäßiger Verteilung mit einer 10%igen Borax- oder Soda-Glyzerinlösung. Zur Behandlung genügt ein Teelöffel von der Glyzerinlösung. Zum Schluß wird das Vestibulum und die Interlabialfurche ebenso behandelt. Oft werden schon nach vier Tagen normale Scheidenverhältnisse erzielt, um aber einen Dauererfolg zu erreichen, muß die Borax- oder Soda-Glyzerinbehandlung noch weiter fortgesetzt werden (zuerst jeden Tag, dann einen Tag um den anderen, dann zweimal wöchentlich). Die Glyzerineinbringung in die Scheide kann am besten mit einer Spritze bewerkstelligt werden. Das Ansatzstück muß am Ende mit einem dicken Knopf versehen und leicht gebogen sein. Um die Kranken zeitweilig vom Arzte unabhängig machen zu können, verschreibt Hoehne 3 ccm fassende leere Gelatinekapseln, die dann von den Patienten mit 2 ccm der 10%igen Borax- oder Soda-Glyzerinlösung kurz vor dem Gebrauche gefüllt werden und in die Scheide eingeführt werden.

E. Brinitzer-Altona.

Die vaginale Trockenbehandlung mit Levurinose, von Zacharias. (Zbl. f. d. ges. M., 1916, Nr. 38.) Z. hat bei 40 Patienten die Levurinose zur Behandlung des Fluor albus, der Kolpitis, der Erosionen und leichter Endometritis mit gutem Erfolge angewandt. Die Technik der Behandlung ist folgende: Portio und Vagina werden mit in 1%iger Solveollösung getränkter Watte gereinigt, dann mittels trockener Watte ausgewischt. Dann wird in das Spekulum etwa ein Teelöffel Levurinose geschüttet. Durch langsames Herausziehen des Spekulums unter leicht drehenden Bewegungen wird eine gute Verteilung der Levurinose erzielt. Zur Fixation dient ein mit einem Faden armierter Tampon, der nach etwa neun Stunden von den Frauen selbst entfernt wird. Hinterher Spülung mit Kamillentee. Diese Behandlung wird jeden zweiten Tag ausgeführt.

E. Brinitzer-Altona.

Spuman, ein Fortschritt in der täglichen Utero-Vaginal-Therapie, von Trebing. (Zbl. f. d. ges. Ther., 1916, H. 9.) T. hat das Spuman bei Fluor der verschiedensten Provenienz mit gutem Erfolge angewandt. T. gebrauchte zur Behandlung beide Stylus-Formen: die dickeren zu 1 g und die schlankeren zu 0,5 g, letztere besonders für die Behandlung der Zervix und Urethra. Bei frischen Blennorrhoen verordnete T. neben Bettruhe die dickeren Stäbchen, die zweistündlich eingeführt werden müssen. Bei

Digitized by Google

chronischen und hartnäckigen Katarrhen hat sich das Spuman cum Arg. nitr., Spuman. cum Zinc. sulf., Spuman. cum Protargolo, Spuman. cum Acid. tannic. sehr bewährt.

E. Brinitzer-Altona.

Über die Eingangsstelle und die Ausbreitungsweise der Tuberkulose im weiblichen Genitalsystem, von J. P. Hartmann. (Hospitalstidende, 1916, S. 1037.) Der Verfasser hat Einspritzungen von Tuberkelbazillenemulsionen in die Genitalien von Meerschweinchen gemacht und meint aus diesen Versuchen schließen zu dürfen: 1. Das Vorkommen von Tuberkulose im weiblichen Genitalsystem, durch spontane Einwanderung der Bazillen in die Scheide, muß im hohen Grade bezweifelt werden. Die Tierversuche, die möglicherweise als Stütze für die aszendierende Infektion angeführt werden konnten, sind so gut wie alle leicht anzugreifen. Alle Erfahrungen, die beim Studium der Krankheit am Menschen gewonnen sind, zeigen auch in dieselbe Richtung. 2. Die Tierversuche, die möglicherweise darauf deuten, daß die Bazillen imstande sind, sich eine Bahn durch das Innere der Kanäle, den natürlichen Strömungen entgegen, durchzubrechen, beruhen gewiß immer auf fehlerhafter Deutung der Präparate. Es gibt in solchen Fällen Anzeichen, daß sich die Infektion während einer Stase ausgebreitet hat, weil das Sekret keinen natürlichen Abfluß hatte, wenn die Mikroskopie demgegenüber nicht deutlich zeigt, daß die Ausbreitung durch die Lymphgefäße stattgefunden hat. 3. Die Möglichkeit einer primären Genitaltuberkulose, durch Kohabitation entstanden, läßt sich nicht verneinen. Jedenfalls muß dann eine Genitaltuberkulose beim Manne vorliegen. Daß ganz zufällig Bazillen mit dem Sperma an die höhergelegenen Teile des Genitalsystems hinauftransportiert werden sollten, läßt sich nicht annehmen. Die Fälle von Kohabitationstuberkulose, die bisher beschrieben sind, halten keiner sachlichen Kritik stand. Dasselbe gilt auch von allen veröffentlichten Tierexperimenten, die das Vorkommen einer solchen primären Tuberkulose beweisen sollen. W. Holland-Kristiania.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Kann eine Verbreitung der Blennorrhoe und der hiermit verknüpfte Geburtenrückgang nach Friedensschluß eingeschränkt werden?, von Reiter. (D. m. W., 1917, Nr. 22.) Um den Geburtenrückgang einzuschränken, wird es notwendig sein, alle frischen oder ungeheilten Blennorrhoiker bei der Demobilisierung nicht in die Heimat zu entlassen. Als geheilt dürfen nur solche angesehen werden, bei denen auch nach subkutaner Injektion von Gonokokkenvakzin mikroskopisch keine Trippererreger nachweisbar sind.

E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Die Jahresversammlung der **Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** fand am 27. März in Berlin statt. Referenten: Richter Dr. Bozi-Bielefeld, Soziale Richtlinien zur Bekämpfung der Prostitution; M. d. R., Dr. med. Struve-Kiel, Das neue Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Priv.-Doz. Dr. Franz von Veress in Klausenburg (Kolozsvár) wurde zum Professor der Dermatologie an der neugegründeten medizinischen Fakultät der Universität in Preßburg (Pozsony) ernannt.

Priv.-Doz. Dr. Richard Volk wurde zum Primararzte II. Kl. der Wiener staatlichen Krankenanstalten ernannt.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

30. März 1918 | Nr. 13 | Band 66

Aus der k. k. Deutschen Dermatologischen Klinik in Prag.

Zu Blochs Dopareaktion.

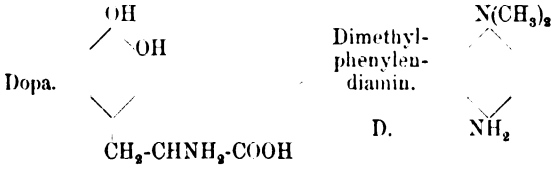
Von

C. Kreibich.

Durch Untersuchungen Blochs ist in der Pigmentfrage eine neue Tatsache bekannt geworden. Er kommt zu folgendem Schluß: „Die Pigmentbildung in der Haut und in den Haaren beruht auf einem enzymatischen Oxydations- und Kondensationsprozeß. Sie wird bewirkt durch die Tätigkeit eines bis dahin unbekannten, absolut spezifischen intrazellularen Oxydationsfermentes, der Dopaoxydase, deren Vorhandensein wir daran erkennen, daß sie Dioxyphenylalanin, welches fermenthaltigen Hautschnitten zugesetzt wird, zu einem dunkeln, unlöslichen, teils diffus, teils in Form von Granula im Protoplasma der Zellen abgelagerten Reaktionsprodukt oxydiert. Zwischen dem Auftreten von Pigment und der Oxydase besteht infolgedessen ein enger kausaler Zusammenhang."

An anderer Stelle stellt Bloch den Satz auf: „daß mit großer Wahrscheinlichkeit das Dioxyphenylalanin selbst oder doch ein ihm sehr nahestehender verwandter Körper (möglicherweise auch eine peptidartige Verbindung) als die Muttersubstanz des Pigmentes anzusehen ist".

Der letztere Satz wird abgeleitet aus der spezifischen Einstellung des Fermentes auf Dopa, und er muß sich als unrichtig erweisen, wenn diese Einstellung keine spezifische ist. Das heißt, wenn die Reaktion auch mit einer anderen von Dopa verschiedenen Substanz gelingt. Eine derartige Substanz ist z. B. Dimethylphenylendiamin (para) (Dr. Theodor Schuchardt, Görlitz), im folgenden abgekürzt als D. bezeichnet.



Kollege Bloch stellte mir in entgegenkommender Weise etwas Dopa zur Verfügung; angesichts der sehr schönen Bilder, welche ich mit Dopa erhielt, erinnerte ich mich an D., welches ich zur Oxydasenreaktion nach

Digitized by Google

Winkler und als Entwickler bei Silberschnitten verwendete, und war nach dem Ablauf der Dopareaktion nicht überrascht, daß ich bei gleicher Technik mit D. die gleichen Resultate erhielt. So wie bei Dopa erscheinen ausschließlich die Melanoblasten bis in ihre feinsten Verzweigungen mit schwarzen Körnchen erfüllt, bei älteren Pigmentationen ist die Basalschicht schwarz gefärbt, desgleichen bekam ich auch in Nävi dieselben Bilder. Vielleicht, daß manchmal die Niederschläge etwas gröber waren als bei Dopa, was wohl damit zusammenhängt, daß mit D. die Reaktion in 10—15 Minuten vollendet sein kann. Übrigens hängt auch hier das Resultat ab vom Lösungsmittel, vom Ablauf der Reaktion in Brut- oder Zimmerwärme, vielleicht auch vom Alter und der Beschaffenheit des Präparats. Auf 20 ccm Wasser wird mittels Pinzette ein kleines Stückchen von D. gegeben, worauf sich die Flüssigkeit leicht rotviolett färbt. Man kann auch D. verwenden, das schon längere Zeit an der Luft gelegen ist.

Statt Wasser benutzte ich auch Kochsalzlösung. Statt Gefrierschnitte legte ich dünnste Thierschlappen in die Flüssigkeit; das Resultat ist wie erwähnt das vollkommen gleiche wie bei Dopa, da wie dort eine Schwärzung des vorhandenen Pigmentes und Propigmentes, eine Graufärbung bestimmter Zellen mit feinem, schwarzem Detritus in denselben, höchst auffallenderweise nur die oberflächlichsten Nävuszellen betreffend, feinster Niederschlag in den Melanoblasten der jüngsten Pigmentstadien (spitze Kondylome), wobei schwer zu unterscheiden ist, ob es sich um geschwärztes Propigment oder um niedergeschlagenes D. handelt.

Die Frage, wie obige Reaktion abläuft, bietet Schwierigkeiten, die mir nicht unbekannt waren. Ich habe vor kurzem berichtet, daß neben Nervenzellen in der Haut sich vital auch die Langerhansschen Zellen mit Rongalitweiß färben und zwar vor den umgebenden Basalzellen. Ich habe bei dieser Gelegenheit mich dahin entschieden, daß die Langerhansschen Zellen Melanoblasten sind. Die vitale Färbung mit Rongalitweiß habe ich, einer Erklärung ausweichend, auf chemisch-physikalische Eigenschaften der Zelle bezogen. Die intensive Färbung mit Rongalitweiß wäre im Sinne Unnas als Sauerstoffort, das Festhalten von Farbschollen als besondere physikalische Eigenschaft der Melanoblasten zu deuten. Die gleichen Schwierigkeiten wie dort ergaben sich mir hier bei der Dopa oder D.-Reaktion.

Nach Bloch bewirkt eine Oxydase in den Melanoblasten, Basal- und Nävuszellen die Oxydation des Dopa und wohl auch des D. zu einem schwarzen Körper, der Pigment und Propigment schwarz, das Protoplasma mancher Zellen grau färbt, sich aber weiter in kondensierter Form als schwarzer Niederschlag in denselben Zellen niederschlägt.

Selbst wenn keine Oxydase vorliegen würde, die Oxydation sagen

Digitized by Google

wir so wie in UNNAS Sauerstofforten einfach durch aktiven Sauerstoff erfolgt, kurz, wenn überhaupt in den Melanoblasten eine lebhafte Oxydation stattfindet, so wäre diese von BLOCH konstatierte Tatsache ein großer Fortschritt in der Pigmentfrage. Allerdings müßte meiner Meinung nach dieser Befund noch weiter gestützt werden und mit voller Sicherheit ausgeschlossen werden, daß es sich nicht um eine relativ leicht angreifbare Eigenschaft des Pigmentes, Propigmentes, des Melanoblastenprotoplasmas handelt, sich elektiv mit Dopa oder D., welches durch den Sauerstoff in der Lösung oxydiert wird (Dunklerwerden der Lösung) zu färben.

Als Nebenbefund sei erwähnt, daß sich in der violetten Lösung von D. Hornschichten lichtblau und Fett rötlichgelb färbten.

Krieg, Geschlechtskrankheiten und Prostitution in ihren Wechselbeziehungen.

Kritische Referate.

Von

Dr. ERNST LEVIN in Berlin.

(Fortsetzung.)

Man wird bei diesen prophylaktischen Maßnahmen ohne Strafandrohungen nicht auskommen. Den Geschlechtsverkehr als solchen unter Strafe zu stellen, wie das vielleicht, wenn auch nicht von ärztlicher Seite, vorgeschlagen ist, lehnen BLASCHKO (6) und TOUTON (60) auf das entschiedenste ab. Dagegen wollen BLASCHKO (5, 7), PICK (55), EICKE (19), JADASSOHN (37) den ohne persönliche Prophylaxe ausgeübten Verkehr bestraft sehen, letztere beiden auch, wenn es dadurch nicht zu einer Ansteckung gekommen ist; allerdings meint JADASSOHN (37), daß dann im allgemeinen diejenigen zur Bestrafung kommen werden, die erkranken, wodurch die Verheimlichung der Erkrankung begünstigt wird. Die Nichtbenutzung der Schutzvorrichtungen in den Bordellen von Sarajewo wird mit Strafe bedroht [SATTLER (56)], und das nordamerikanische Kriegsdepartement (20) will die die vorgeschriebenen prophylaktischen Maßnahmen nicht Befolgenden wegen Pflichtverletzung vor Gericht stellen. Eine Bestrafung wegen Erkrankung liegt gewissermaßen in der bei der bulgarischen Armee bestehenden Bestimmung, daß die infolge von Geschlechtskrankheit versäumte Dienstzeit nach dem Kriege nachgeholt werden muß [BERON (3), KAYSER-PETERSEN (39)]; man verspricht sich davon insofern eine gute Wirkung, als die Kranken sich frühzeitig melden, um schneller geheilt zu werden. In ähnlicher Weise will v. VERESS (62) durch die Androhung

Digitized by Google

einwirken, daß bei der Demobilisierung alle erkrankt Befundenen zurückgehalten werden sollen, was übrigens möglicherweise tatsächlich der Fall sein wird. Im übrigen bietet die Erkrankung nur unter Umständen Anlaß zur Bestrafung, und zwar wenn die Infektionsquelle nicht angegeben werden kann [Blaschko (5), Eicke (19)], vornehmlich aber, wenn eine Verheimlichung stattgefunden hat; dies kommt in dem Erlaß des Preußischen Kriegsministeriums [Kaufmann (38)] und den Vorschlägen von Blaschko (5, 6), Eicke (19), Touton (60) zum Ausdruck, denen sich auch Beron (3) anschließt, der allerdings eine Schwierigkeit in der Feststellung der Zeit der Infizierung erblickt, die die bulgarischen Soldaten mit Rücksicht auf die Verpflichtung des Nachdienens in die Zeit vor der Mobilisierung zu verlegen bestrebt sind.

Wir haben also eine nicht geringe Zahl von Maßnahmen, die durch Warnung und Belehrung der Verständigen, durch Zwang und Bestrafung der Unverständigen eine Verminderung der Infektionen und eine schnelle Aussonderung der Erkrankten herbeizuführen geeignet sind. Es wäre aber verkehrt, hierbei stehenzubleiben und nicht auch den weiblichen Teil der Bevölkerung, d. h. wesentlich die Prostitution in ihren verschiedenen Formen, in den Kreis der vorbeugenden Maßnahmen einzubeziehen.

Eine wenig erfreuliche Erscheinung der ersten Kriegszeit war die schlagartig zunehmende Vermehrung der Prostitution und das damit verbundene Sinken ihres Niveaus, das sich nach Touton (60) in recht bedenklicher Weise in vermehrter Beziehung zum Verbrechertum und darin äußert, daß die bisher besseren Prostituierten nicht mehr so viel Sorgfalt auf sich verwenden können und mehr Infektionen unterliegen. Die Zunahme betrifft nach ihm und Balzer (1) besonders die unkontrollierte, klandestine. Die Ursachen des vermehrten Zustromes zur Prostitution liegen klar zutage; abgesehen von dem von Finger (23) für einen Teil der Fälle herangezogenen, auf andere Weise nicht zu befriedigenden Geschlechtshunger vieler Frauen beruht er nach ihm und Blaschko (6) auf den durch die plötzlichen Umwälzungen bewirkten veränderten und verschlechterten Arbeitsverhältnissen, wodurch zahlreiche weibliche Personen in Not gerieten. Ein wesentlicher Teil dieser Prostitution heftet sich dem Heere an die Fersen und findet sich da, wo größere Truppenansammlungen stattfinden; damit mag im Zusammenhang stehen, daß Finger (24) in Wien eine Abnahme der Straßenprostitution feststellen konnte, und daß diese in Stuttgart nach den Beobachtungen Bendigs (2) in der ersten Zeit wohl anstieg, dann aber auf ihren normalen Stand zurückging.

Auf die in der Heimat und in Feindesland brotlos gewordenen Personen, die sich aus wirklichen Arbeiterinnen, Kellnerinnen sowie solchen Elementen zusammensetzen, die zwar nicht offizielle Prostituierte waren,

Digitized by Google

diesen jedoch nahestanden, lenkte Blaschko (5, 6, 8) die Aufmerksamkeit und trat eifrig für die Notwendigkeit ein, ihnen Arbeitsverdienst, bzw. soweit dies nicht möglich, Nahrung und Obdach evtl. in Heimen und Asylen zu schaffen. Es würde dies, wie auch Kuhn und Möllers (42) betonen, eine Einschränkung der Anreizung zum Geschlechtsverkehr bewirken, wie eine solche auch durch das von Beron (3) geforderte Verbot der Kaffeehäuser und Hotels für Prostituierte und die von Finger (24) geforderte Erschwerung des Zuganges zum Etappenraum sowie das Verlangen Gauchers (28) erzielt werden soll, den Aufenthalt im Heeresgebiet von der Genehmigung der Militärbehörden abhängig zu machen, die jedoch auf die Gefahren der heimlichen Prostitution aufmerksam gemacht werden müßten.

Über die Wirksamkeit der Reglementierung und ärztlichen Kontrolle der Prostitution gingen bekanntlich in Friedenszeiten die Anschauungen sowohl unter den Ärzten, besonders aber in den Kreisen, die sich sonst mit diesen Problemen beschäftigten, weit auseinander. Es dürfte zwar gewagt erscheinen, aus im Kriege eingeführten und für richtig befundenen Maßnahmen Rückschlüsse auf deren Beibehaltung für normale Zeiten zu machen, da weitergehende Beschränkungen der persönlichen Freiheit auf den mannigfachsten Gebieten des bürgerlichen und wirtschaftlichen Lebens sich im Interesse der Kriegsführung und dessen, was damit zusammenhängt, als erforderlich erwiesen haben, mit deren Wiederaufhebung für später gerechnet werden muß. Das kann aber doch behauptet werden, daß es sich dabei immer nur um den Grad des Zwanges, nicht um das durch ihn zu erreichende grundlegende Prinzip und die Zweckmäßigkeit des durch ihn bewirkten Effektes handeln kann; und wenn ein so scharfer Gegner der Reglementierung und Kontrolle wie Blaschko (7) diese im Kriege für nötig hält, so ist nicht einzusehen, weswegen die Segnungen dieser Einrichtungen im Frieden fortfallen sollten. Finger (25) hat des näheren ausgeführt, weshalb die bisherige Art der Überwachung der Prostitution ihre Aufgabe nicht erfüllt hat, und zwar sucht er die Ursachen in den seit ihrer Einführung so wesentlich gewandelten Anschauungen über die Ansteckungsgefährlichkeit und Heilbarkeit der Syphilis einerseits, der seit der Ausbildung der Gonokokkenuntersuchung so häufig als schwer zum Schwinden zu bringen nachgewiesenen Gonorrhoe andererseits, ferner der geringen Zahl der Kontrollierten. Gerade für den letzten Punkt haben die Erfahrungen des Krieges und die zunächst im Interesse der Schlagfertigkeit des Heeres erforderlichen Maßnahmen Wandel geschaffen, und wenn vielleicht auch v. Veress (62) mit seiner Forderung der polizeiärztlichen Untersuchung der weiblichen Bevölkerung zwischen 14 und 55 Jahren noch kein Glück haben wird und die Fernhaltung kranker

Digitized by Google

Prostituierter nicht zu erreichen ist [Kuhn und Möllers (42)], so besteht die ganz allgemein geforderte und großenteils durchgeführte Kontrolle, die allerdings nach Lesser (44) gleich mit der Mobilmachung hätte einsetzen sollen, und für die Touton (60), Blaschko (6) (für Heimat und besetztes Gebiet), Lipschütz (45) (für das Kriegsgebiet, und zwar durch besonders spezialärztlich ausgebildete Militärärzte), Klausner (41) (besonders für die heimliche Prostitution), Pick (55) (mit dreimal wöchentlicher Untersuchung), Gaucher (28) und Simon (59) eintreten, der über die wesentliche Verschärfung der Kontrolle in Italien berichtet, wo sie sich vor dem Kriege überhaupt nur auf die Bordelle beschränkt hatte. Über die Verbesserung der bisher sehr im argen liegenden Kontrolle in Mazedonien berichtet Beron (3), über die in Warschau überhaupt erst ganz neu geschaffenen Einrichtungen Lennhof (43); hier ist dadurch innerhalb eines halben Jahres eine Verminderung der Erkrankungen um 50 % erreicht worden. Der Grenzen des mit der Kontrolle Erreichbaren müssen wir uns, gerade wenn wir auf ihrem Boden stehen, stets bewußt bleiben; deshalb hält Blaschko (9) die von Haberling (31) vorgeschlagenen Ausweiskarten, die die gesund befundenen Dirnen mit dem Datum der Untersuchung erhalten, und die sich die Soldaten vorlegen lassen sollen, mit Recht für bedenklich, mit Rücksicht auf die Schwierigkeiten völlig einwandfreier Untersuchung, und Dreuw (18) rät den Soldaten, jede Dirne für verseucht zu halten, auch wenn sie eben erst das Untersuchungszimmer verlassen hat. Übrigens spricht Haberling (31) selbst nicht von einer Sicherheit, sondern von einer gewissen Wahrscheinlichkeit der Gefahrlosigkeit des Verkehrs mit derartigen Prostituierten.

Für die Weiterverbreitung der Geschlechtskrankheiten ist es von größtem Werte, alle Infektionsquellen baldigst aufzufinden und unschädlich zu machen [Merz (47), v. Veress (62)], was durch die regelmäßigen Untersuchungen nicht gelingen kann, zumal diesen nur ein Teil der in Betracht kommenden Personen unterliegt. Zum Zwecke dieser Feststellung sind die erkrankten Soldaten verpflichtet, Namen und Adresse der Person anzugeben, mit welcher der Verkehr stattgefunden hatte [Finger (24)]. Das ist bei nicht kasernierter Prostitution nach Sattler (56) oft schwer, weshalb Blaschko (5) auch verlangt, daß ein derartiger Verkehr nicht an dritter Stelle (Absteigequartier, Hotel) stattfinde, außer wenn diesem die Mädchen bekannt sind. Buschke (14) hatte schon im Anfang des Krieges auf die Notwendigkeit hingewiesen, bei Aufnahme geschlechtskranker Soldaten in Heimatslazaretten nach der Infektionsquelle zu forschen, um bei Masseninfektionen in Bordellen des besetzten Gebietes diese schließen zu können. Die Auffindung der Infektionsquelle gelang Bruck (13), der übrigens bei dieser Gelegenheit auf die wohl jedem

Digitized by Google

Dermatologen geläufige Tatsache hinweist, daß häufig bei durchaus negativem klinischem Befunde bakteriologisch der Krankheitsnachweis gelingt, bei einer Kriegslazarettabteilung meist leicht, während sie nach Finger (25) meist versagt. Es hängt hierbei wohl viel davon ab, ob die Behandlung des Erkrankten am Orte der Infektion oder wenigstens in der Nähe stattfindet, so daß die Untersuchung der angeblichen Infektionsquellen schnell in die Wege geleitet werden kann. Nach eigenen Erfahrungen kann ich sagen, daß Meldungen über Infektionsquellen im Heimatsgebiet bei im Felde nach Heimatsurlaub erkrankten Soldaten hier oft so spät eintrafen, daß ein brauchbares Ergebnis von den Untersuchungen nicht zu erwarten war.

Abgesehen von der verschärften Gesundheitskontrolle sind Zwangsmaßregeln vorgeschlagen worden, die weit über alles hinausgehen, was man im Frieden für möglich oder nur für erforderlich gehalten hätte. Es handelt sich hierbei um eine Internierung für die Dauer des Krieges, die sich bei Neisser (51) sowie Kuhn und Möllers (42) auf alle Prostituierten, deren man habhaft werden kann, bei Mendel (46) auf alle Erkrankten, bei Finger (24) auf die nach beendeter Behandlung noch infektionsgefährlichen, bei Blaschko (5, 8) auf die arbeitslosen, vagabundierenden Elemente in Feindesland, auf die bei der von ihm erstrebten Schließung vorhandenen gesunden bisherigen Insassinnen der Bordelle, sowie diejenigen, die einmal erkrankt gewesen und dann wiederum bei Ausübung der gewerbsmäßigen Unzucht betroffen wurden, erstrecken soll. Als Anstalten kommen Arbeitshaus, bzw. nach Finger (24) solche, die teils Spital, teils Arbeitshaus sind, in Betracht. Ob irgend einer dieser Vorschläge zur Ausführung gelangt ist, ist nicht bekannt, und über ihren Wert kann man sehr verschiedener Ansicht sein; die Internierung kranker, bzw. krank gewesener Personen könnte berechtigt erscheinen, wenn man die Möglichkeit wirklicher Heilung in Frage stellt, und insofern könnte dadurch, wie Blaschko (5) meint, eine Verbesserung des Materials bewirkt werden. Wenn er aber auch Vorteile in der Verringerung des Materials erblickt, die jedenfalls in der dadurch eintretenden geringeren Anreizung bestehen sollen, ein Gedankengang, der auch die Autoren beherrscht, die für die Internierung aller Prostituierten eintreten, so dürften sie doch zu wenig Gewicht legen auf die dann jedenfalls automatisch sich ergebende stärkere Belastung des nicht gewerbsmäßigen Verkehrs, und ob dann der von Blaschko (9), wenn auch vom Standpunkt der Moral verurteilte, so doch von dem der Hygiene gebilligte Verkehr mit der Quartierwirtin in der Etappe so unschädlich bleiben würde, erscheint doch recht fraglich. Auch muß mit dem dauernden neuen Zugang gerechnet werden, da bei der Länge des Krieges ja genügend frisches weibliches Material in das geschlechtsfähige Alter hineingewachsen ist.

Digitized by Google

Weniger mit den Friedensanschauungen in Widerspruch stehend ist Blaschkos (5) Forderung von Freiheitsstrafen für Straßenprovokation, und mit Genugtuung kann der Erlaß des damaligen Oberbefehlshabers Ost (v. Hindenburg) vom 22. Juni 1915 begrüßt werden [zitiert nach Neisser (50)], durch den Frauenspersonen — auch nicht prostituierte — mit Gefängnis bestraft werden, wenn sie geschlechtlich verkehren, obwohl sie wissen, daß sie geschlechtskrank sind. Schäfer (57) möchte diese Verordnung für später beibehalten sehen, denn wenn auch die Kenntnis der Krankheit oft schwer nachweisbar sei und die Bestimmung vielleicht nicht oft zur Anwendung kommen würde, so wirke sie jedenfalls abschreckend, und es müsse geprüft werden, ob sie nicht auch auf männliche Personen auszudehnen sei.

Wenden wir uns der Frage zu, welche Kategorien von Frauenspersonen für die Infektionen am meisten in Betracht kommen, so muß man zunächst Sattler (56) beistimmen, daß die Winkel- und Straßenprostitution schwerer zu erfassen ist als die kasernierte, so daß es nicht wundernehmen kann, daß sie, ebenso wie die ihr in vieler Beziehung nahestehende Gelegenheitsprostitution für die gefährlichste gehalten und ihr ein starker Anteil an den Infektionen zugeschrieben wird [Kuhn und Möllers (42), Haberling (31), Blumenfeld (10)]. Mulzer (85) berichtet von einem Falle, in dem sich 19 Landsturmleute bei einer Wäscherin angesteckt haben. Auch Finger (25) hält die kontrollierte Prostitution für am wenigsten gefährlich, während nach Gennerich (30) die gewerbsmäßige Prostitution häufiger zu Infektionen führt als die geheime. Statistische Angaben geben Brinitzer (12) (von 750 Kranken) und Hecht (34, 35), und es wurden als Infektionsquellen angegeben bei:

Brinitzer	13% Bordelle		27% Straßenprost.		60% gelegentlicher Verkehr
Hecht	35%	„	25%	„	40% anderweitig.

Ist schon bei Hecht (34, 35) ein bedeutender Anteil der Bordellinfektionen zu bemerken, so beziffert Pick (55) ihren Anteil auf 56—59%: Moldovan (48) glaubt, daß die Infektionen in ihnen überwiegen, und Beron (3) sowie Blaschko (7, 9) meinen, daß sie zu Masseninfektionen führen und zu Seuchenherden werden können, wozu wohl die von letzterem und Pick (55) festgestellte übermäßig starke Benutzung der Insassinnen (25—40mal täglich) wesentlich beiträgt. Ihre hygienische Überwachung hält Blaschko (5) für unmöglich, und auch Kuhn und Möllers (42) sehen Bordelle, selbst bei regelmäßiger Überwachung als bedenklich an, während Hoffmann (36) glaubt, daß die Prostitution in ihnen am besten überwacht werden könne. Außerdem erblickt Blaschko (5) in ihnen die stärkste Verführung durch den sich entwickelnden Massenbetrieb, und auch Eicke (19), der im übrigen kein Gegner ist, kann

Digitized by Google

ihnen eine gewisse Provokation nicht absprechen. Diese Erwägungen haben Beron (3), Blaschko (5, 8), Kuhn und Möllers (42) bestimmt, für eine Schließung sämtlicher Bordelle einzutreten. Demgegenüber hält Eicke (19) sie für hygienisch einwandfreier, und es wird die Einrichtung von militärisch, besonders spezialärztlich überwachten Bordellen von de Napoli (49), v. Veress (62), Buschke (15) direkt gefordert, welch letzterer dies für die beste prophylaktische Maßnahme hält. Einzelne Bordelle evtl. ausschließlich für Soldaten freizuhalten, befürworten Haberling (31) und Balzer (1) in seinem Vorschlage der Einrichtung von Maisons de tolérance mit scharfer Trennung der Besucher. Für den Fall, daß die Bordelle nicht geschlossen werden, hält Blaschko (7, 9) eine tägliche Untersuchung der Mädchen für erforderlich. Auch eine zwangsweise Untersuchung der männlichen Besucher ist vorgeschlagen [Galewsky (27), Haberling (31)] und nach Moldovan (48) in den bei der 2. k. k. Armee eingerichteten Feldbordellen eingeführt. Blaschko (5, 8), der sie gleichfalls, und zwar auch für Offiziere fordert, hält es für fraglich, ob sie für die ganze Dauer des Krieges werde durchgeführt werden können, und steht ihr überhaupt skeptisch gegenüber. Wenn er (9) aber vorschlägt, die Untersuchung evtl. durch Sanitätspersonal vornehmen zu lassen, so heißt das, sie von vornherein illusorisch machen, da dieses nach keiner Richtung hin die dafür erforderlichen Qualifikationen besitzt. Auch wäre dies das beste Mittel, die bei dem Sanitätspersonal an und für sich schon vorhandene Neigung zur Kurpfuscherei zu steigern.

Über die Methoden der Behandlung geschlechtskrank befundener Prostituierter wird nichts Besonderes berichtet. Finger (24) wünscht, daß die Behandlung nicht im Etappenraum, sondern im Hinterland, v. Veress (62), daß sie nicht ambulant vorgenommen, Blaschko (5), daß sie länger als im Frieden ausgedehnt, und daß im besetzten Gebiet die Untersuchung zwecks Entlassung aus der Behandlung nur durch deutsche Ärzte vorgenommen werde. Eine Assanierung der Prostitution wird angestrebt durch die Vorschläge von Neisser (51, 52), alle Prostituierten mit Salvarsan, evtl. + Hg, und von Gennerich (30), die gewerbsmäßigen Prostituierten in achtwöchigen Pausen 14 Tage lang im Krankenhaus an Lues und Gonorrhoe zu behandeln. Ob diese von Neisser als Präventivbehandlung gedachte Maßnahme geeignet ist, bisher nicht syphilitisch erkrankt gewesene Personen vor der Infektion zu schützen, erscheint zum mindesten fraglich, wenn man die schnelle Ausscheidung des Salvarsans aus dem Körper in Betracht zieht.

Literatur.

1. Balzer, F., La Prophylaxie antivénérienne par les administrations civiles et militaires. La Presse méd., 1916, Nr. 2. — 2. Bendig, Die Bedeutung der Geschlechts-

Digitized by Google

krankheiten für den Krieg, mit Berücksichtigung des Württembergischen XIII. Armeekorps. Württ. med. Korr. Bl., 1915, Nr. 19. — 3. Beron, R., Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter den in Mazedonien stehenden bulgarischen Truppen und die Frage der Prostitution in den eroberten Gebieten. Derm. W., 1916. Bd. 62, Nr. 31, 32. — 4. Biró, E., Über die Prophylaxe der Blennorrhagie und anderer venerischer Erkrankungen. Urologia, Beibl. d. Budapesti Orv. Ujsag, 1913, Nr. 4. (Ref. Derm. W., 1915, Bd. 61, S. 720.) — 5. Blaschko, A., Welche Aufgaben erwachsen dem Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten aus dem Kriege? Leipzig 1915. — 6. Blaschko, A., Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. D. m. W., 1914, Nr. 40. — 7. Blaschko, A., Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege. Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1915, Nr. 19. — 8. Blaschko, A., Die Prostitution in Kriegszeiten. Dtsch. Strafr. Ztg., 1914, Nr. 8, 9. — 9. Blaschko, A., Der Krieg und die Geschlechtskrankheiten. Mitt. D. Ges. Geschlechtskrkh., 1914, Bd. 12, Nr. 6. — 10. Blumenfeld, A., Zur Bewertung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. Der Militärarzt, 1916, Nr. 13. — 11. Brandweiner, Zur Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. W. kl. W., 1915, Nr. 41. — 12. Brinitzer, E., Haut- und Geschlechtskrankheiten bei Kriegsteilnehmern. M. Kl., 1915, Nr. 17. — 13. Bruck, C., Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Felde. M. m. W., 1915, Nr. 4, Feldbeil. — 14. Buschke, A., Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten im Felde. D. m. W., 1914, Nr. 48. — 15. Buschke, A., Erwiderungen zu dem Aufsatz von K. Mendel. D. m. W., 1915, Nr. 4. — 16. Deutsche Gesellschaft für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (DGBG), a) Ausschußsitzung 18. IV. 1915. Derm W., 1915, Bd. 60. S. 550; b) Merkblatt f. Soldaten. Derm. W., 1914, Bd. 59, S. 1390. — 17. Dreuw, W., Statt der Beratungsstellen ein Gesundheitsamt. Ärztl. Vbl., 1916, Nr. 1099. — 18. Dreuw, W., Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege und im Frieden. Berlin 1915. — 19. Eicke, H., Einiges zur Verhütung und Behandlung der Geschlechtskrankheiten im Felde. M. Kl., 1915, Nr. 24. — 20. Erlaß des Kriegsdepartements der Nordamerikanischen Union. Derm. W., 1915, Bd. 60, S. 40. — 21. Fehlinger, H., Krieg und Geschlechtsleben. Zschr. f. Sexualw., 1916, Bd. 3. H. 3. — 22. Finger, E., Die Geschlechtskrankheiten und der Krieg. W. kl. W., 1914, Nr. 45. — 23. Finger, E., Geschlechtskrankheiten und Hautkrankheiten im Kriege. W. m. W., 1916, Nr. 21. — 24. Finger, E., Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten durch den Krieg und deren Bekämpfung. W. kl. Rdsch., 1916, Nr. 7—10. — 25. Finger, E., Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Hinterlande. Feldärztl. Tagung der k. k. 2. Armee. Lemberg, Februar 1917. W. kl. W., 1917, Nr. 12. — 26. Fürth, H., Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, der Krieg und die Schutzmittelfrage im Lichte der Bevölkerungspolitik. Zschr. f. Bek. d. Geschlechtskrkh., 1916, Bd. 16, Nr. 10. — 27. Galewsky, Über die Behandlung geschlechtskranker Soldaten und die spätere Fürsorge für dieselben. Fortschr. d. Med., 1915/16, Nr. 34. — 28. Gaucher, La lutte contre les maladies vénériennes et la syphilis. La Presse méd., 1916, Nr. 33, 34, 36. — 29. Gaucher und Bizard, Syphilis nach zwei Kriegsjahren. Ann. des mal. vénér., Jan. 1917. (Ref. Derm. W., 1917, Bd. 64, Nr. 21.) — 30. Gennerich, Zur Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten im Felde. M. m. W. 1915, Nr. 16. — 31. Haberling, W., Das Dirnenwesen in den Heeren und seine Bekämpfung. Zschr. f. Bek. d. Geschlechtskrkh., 1914, Bd. 15. — 32. Hahn, R., Beratungsstellen für Geschlechtskranke. Ärztl. Vbl., 1917, Nr. 1115. — 33. Halberstädter, L., Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei der Truppe. D. m. W., 1915, Nr. 42. — 34. Hecht, H., Ein Vorschlag zur Sanierung der Prostitution Derm. W., 1917, Bd. 64, S. 212. — 35. Hecht, H., Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei der Abrüstung. W. kl. W., 1916, Nr. 14. — 36. Hoffmann, E., Zur

Digitized by Google

Bekämpfung der Läuseplage und Verhütung der Geschlechtskrankheiten. Derm. Zschr., 1915, Nr. 4. — 37. Jadassohn, J., Prophylaxe und Behandlung der venerischen Krankheiten im mobilisierten und im Kriegsheer. Schweiz. Korr. Bl., 1915, Nr. 12. — 38. Kaufmann, Krieg, Geschlechtskrankheiten und Arbeiterversicherung. Berlin 1916. — 39. Kayser-Petersen, Bulgarisches zur Frage der Geschlechtskrankheiten, M. m. W., 1917, Nr. 19, Feldbeil. — 40. Klauber, E., Persönliche Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten. M. m. W., 1915, Nr. 49. — 41. Klausner, Krieg und Geschlechtskrankheiten. Prag. m. W., 1915, Nr. 9. — 42. Kuhn, Ph. und Möllers, B., Hygienische Erfahrungen im Felde. M. Kl., 1915, Nr. 18. — 43. Lennhoff, R., Gesundheitszustand in Warschau. Mitt. D. Ges. Geschlechtskrkh., Bd. 14, H. 3, 4. — 44. Lesser, E., Über Geschlechtskrankheiten im Felde und deren Verhütung. Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1914, Nr. 23. — 45. Lipschütz, Kurze Notiz zu den Vorschlägen betreffend die Bekämpfung der venerischen Erkrankungen unmittelbar nach dem Kriege. W. kl. W., 1915, Nr. 31. — 46. Mendel, K., Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten im Felde. D. m. W., 1915, Nr. 4. — 47. Merz, H., Die dermatologisch-venerologische Abteilung der Etappen-Sanitätsanstalt Solothurn. Schweiz. Korr. Bl., 1917, Nr. 4. — 48. Moldovan, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei der Armee im Felde. Feldärztl. Tagung bei der k. k. 2. Armee. Lemberg Februar 1917. (D. m. W., 1917, Nr. 14.) — 49. de Napoli, F., Krieg und sexuelle Fragen. Riforma med., 1916, Nr. 10. (Ref. Derm. W., 1917, Nr. 23.) — 50. Neisser, A.. Die Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung. Berlin 1916. — 51. Neisser, A., Krieg, Prostitution und Geschlechtskrankheiten. D. m. W., 1915, Nr. 3. — 52. Neisser, A., Venerische Krankheiten bei den im Felde stehenden Truppen. D. m. W., 1914, Nr. 33. — 53. Pasini, A., Krieg, Prostitution und Geschlechtskrankheiten. Giorn. ital. delle mal. vener., 1915, H. 2. (Ref. Derm. W., Bd. 61, S. 869.) — 54. Pautrier, Über die allgemeine Organisation der Militärspitäler für Venerische und die angegliederten Abteilungen. Ann. de Derm. et de syph., 1916, Nr. 5. (Ref. Derm. Zschr., Bd. 24, H. 8.) — 55. Pick, W., Ein Erfolg im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten. W. m. W., 1915, Nr. 41. — 56. Sattler, M., Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Heere. Der Militärarzt, 1916, Nr. 24. — 57. Schäfer, F., Strafbarkeit des Geschlechtsverkehrs bei venerischen Krankheiten. M. m. W., 1915, Nr. 49. — 58. Schiffmann, J., Zur Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. W. kl. W., 1916, Nr. 2. — 59. Simon, Cl., Die Organisation der Bekämpfung der venerischen Krankheiten in Italien. Ann. des mal. vénér., Okt. 1916. (Ref. Derm. W., 1917, Bd. 64, S. 141.) — 60. Touton, Geschlechtsleben und Geschlechtskrankheiten in den Heeren, im Kriege und im Frieden. B. kl. W., 1915, Nr. 1—4. — 61. v. Veress, Fr., Die Behandlung der geschlechtskranken Soldaten im Felde. Der Militärarzt, 1916, Nr. 17. — 62. v. Veress, Fr., Über die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten mit besonderer Rücksicht auf die Armee im Felde. Derm. W., 1916, Bd. 63, S. 1113.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Kann eine Verbreitung der Blennorrhoe und der hiermit verknüpfte Geburtenrückgang nach Friedensschluß eingeschränkt werden?, von Gans. (D. m. W., 1917, Nr. 26.) Der Vorschlag Reiters in Nr. 22 dieser Wochenschrift kann nur begrüßt werden. G. empfiehlt aber statt der subkutanen die intravenöse Injektion, da man dann eine zehnfach schwächere Dosis braucht, was mit Rücksicht auf die Kostenfrage nicht ganz gleichgültig ist. E. Brinitzer-Altona.

Digitized by Google

Harnröhrensekret- und Flockenuntersuchung im Anschluß an intravenöse Arthigoninjektion zur Feststellung der Blennorrhoeheilung, von GANS. (D. m. W., 1916, Nr. 16.) Den diagnostischen Wert der intravenösen Arthigoninjektion hat G. bei 200 Fällen (160 akuten bzw. chronischen Blennorrhoefällen und 40 Komplikationen) nachgeprüft. Dabei hat G. sich von der von BRUCK und SOMMER angegebenen Spezifität der Fieberreaktion nicht überzeugen können, dagegen hat sich die intravenöse Arthigoninjektion als zuverlässige Methode zur Feststellung der Heilung erwiesen. Die Patienten wurden von G. zur Injektion wie folgt vorbereitet: wenn der Ausfluß bzw. die Flocken bei einer 2—3mal wöchentlich vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung 14 Tage negativ geblieben ist, wird mit der Therapie ausgesetzt. Nach 2–3 Tagen erhält nun der Patient morgens 0,05 ccm Arthigon intravenös. Zuweilen findet man bei nicht geheilten Fällen schon am nächsten Tage Gonokokken. Bei negativem Resultat wird die Injektion mit 0,1 Arthigon wiederholt, meist mit gleichzeitiger lokaler Reizung, zu welcher G. nach dem Vorschlag von SCHOLZ folgende Lösung benutzt: Arg. nitr. 0.5; Perhydrol 2,0; Aq. dest. ad 100.0. Die injizierte Flüssigkeit wird 5—10 Minuten in der Harnröhre belassen. G. erhielt nun folgendes Resultat: 94 Fälle (47%) blieben gonokokkenfrei und zeigten auch keine Temperatursteigerung; 16 Fälle (8%) Temperatursteigerung ohne Gonokokkenbefund; 37 Fälle (18.5%) zeigten positiven Gonokokkenbefund und Temperatursteigerung, 53 Fälle (26,5%) nur positiven Gonokokkenbefund. E. Brinitzer-Altona.

Epithelzelle und Gonokokkus, von A. GLÜCK-Serajewo. (W. kl. W., 1917, Nr. 3.) Im Plasma der Plattenepithelien blennorrhoischer Sekrete finden sich konstant kleinste, wohlcharakterisierte, kokkenartige Gebilde. Mit Hilfe der ALTMANNschen Färbemethode für Zellgranula färbbar, stellen sie intraepitheliale Initialformen des Gonokokkus dar. Die auch mit den gewöhnlichen Färbemethoden leicht darstellbaren und auch konstant nachweisbaren größeren Einlagerungen sind als intraepitheliale Degenerationsformen anzusehen. H. Vörner-Leipzig.

Über den Nachweis der Gonokokken im Blute Blennorrhagischer, von MARIO COPELLI und ANGELO GENNARI. (Boll. d. Soc. M. die Parma, 29. Jan. 1915.) Bei ihren Untersuchungen hat sich den Verfassern der SABOURAUDsche Nährboden mit Zusatz von 10—20% Menschenserum als überlegenes Mittel zum Nachweise von Gonokokken im Blute erwiesen. Sie fanden, daß bei komplizierten Blennorrhoen fast immer innerhalb eines verschieden langen Zeitraumes eine Gonokokkämie besteht. Aber auch bei unkompliziertem Tripper finden sich Gonokokken im Blute, zumal wenn eine besonders akute fieberhafte Urethritis totalis vorliegt. Das Fieber geht oft parallel mit der Gonokokkämie und kann zu deren Erkennung führen. Deshalb sollte regelmäßig nach diesem Symptom geforscht werden. Ein fiebernder Tripperkranker, der keine Komplikationen aufweist, ist stets als latent allgemein infiziert und von Komplikationen bedroht anzusehen und dementsprechend zu behandeln. R. Frühwald-Leipzig.

Zur Gonokokkendiagnostik durch Kutireaktion, von A. NEISSER-Breslau. (B. kl. W., 1916, Nr. 28.) Verf. befürwortet, in besonders schwierigen Fällen, in denen mikroskopischer Befund und Kulturverfahren zu keiner sicheren Diagnose gelangen lassen, sich Sicherheit über den Charakter fraglicher Diplokokken dadurch zu verschaffen, daß man mit einer aus der Kokkenkultur hergestellten Vakzine Kutireaktion erzeugt. Handelt es sich nicht um Gonokokken, so wird dann weder bei den Blennorrhoikern, noch bei den Nichtblennorrhoikern eine positive Kutireaktion zu konstatieren sein.

E. Klemm-Leipzig.

Über die Provokation von Gonokokken durch intravenöse Einspritzung von Gonokokkenvakzinen, von JULIUS HELLER-Charlottenburg. (M. m. W., 1917, Nr. 22.) HELLER lehnt jede therapeutische Bedeutung der Vakzineeinspritzungen ab; dagegen sieht

Digitized by Google

er in der intravenösen Vakzineinjektion, besonders von Arthigon, ein unschädliches und brauchbares diagnostisches Mittel, um die entlassungsfähigen Kranken von den noch der Lazarettbehandlung bedürftigen zu scheiden. Die Arthigoninjektionen (0,2) werden jedesmal angewandt, wenn nach Abschluß der Behandlung die provokatorischen Arg.-Einspritzungen keinen positiven Gonokokkenbefund ergeben. A. Witte-Bremen.

Die Thermopräzipitinreaktion als Diagnostikum bei Blennorrhoe, insbesondere bei chronischer Blennorrhoe, von Schürmann. (D. m. W., 1916, Nr. 36.) Die im Jahre 1911 von Ascoli und Valenti angegebene „Thermopräzipitinreaktion" für den Milzbrand hat Sch. zur Diagnose der Gonokokkenerkrankungen, speziell der chronischen Blennorrhoe, herangezogen. Sch. hat im ganzen 279 Fälle untersucht (95 Fälle von klinisch sicherer Blennorrhoe; 118 Fälle klinisch blennorrhoeverdächtig; 44 Fälle klinisch nicht blennorrhoeverdächtig; 22 nichtblennorrhoische Erkrankungen) und kam zu dem Ergebnis, daß bei akuter Blennorrhoe, bei denen der Gonokokkennachweis gelingt, diese Reaktion stets positiv ausfiel; bei chronischer Blennorrhoe, bei der der mikroskopische Befund häufig im Stich läßt, bekam Sch. mit Hilfe der Thermopräzipitinreaktion in 84,2% der Fälle ein positives Resultat. Die Thermopräzipitinreaktion kann auch als Maßstab für eine gut durchgeführte Behandlung herangezogen werden, da der positive Ausfall infolge Behandlung verschwinden kann. Die Herstellung der Extrakte und die Anstellung der Versuche sind in dem Artikel genau angegeben.

E. Brinitzer-Altona.

Die Thermopräzipitinreaktion nach Schürmann als Diagnostikum bei Blennorrhoe, von E. Friedberger und A. Heyn. (D. m. W., 1917, Nr. 9.) Antigonokokkenserum (Dresden-Bern) liefert entsprechend den Angaben von Schürmann mit Vaginalsekret blennorrhoischer Frauen fast in allen Fällen positive Thermopräzipitinreaktion. Die Reaktion gelingt jedoch bei Verwendung desselben Serums auch mit jeglichem Menscheneiweiß als Antigen. Sie dürfte zum größeren Teil, wenn nicht ausschließlich, auf einem Gehalt des benutzten Antiserums an Präzipitin gegen Menscheneiweiß beruhen. Der Methode kann daher eine diagnostische Bedeutung nicht zugesprochen werden. E. Brinitzer-Altona.

Die Thermopräzipitinreaktion als Diagnostikum bei Blennorrhoe, insbesondere bei chronischer Blennorrhoe, von W. Schürmann-Halle. (D. m. W., 1917, Nr. 12.) Sch. schließt sich nach weiteren eigenen Untersuchungen der vorstehenden Annahme von Friedberger und Heyn an, daß der positive Ausschlag der Reaktion auf einem gegen Menscheneiweiß gerichteten Antikörper beruht. Damit verliert natürlich die Methode den spezifisch- diagnostischen Wert. Sch. hofft aber ein Gonokokkenserum herstellen zu können, das durch die Immunisierung mit Gonokokken, die auf einem menscheneiweißfreien Nährboden gewachsen sind, gewonnen wird.

E. Brinitzer-Altona.

Die diagnostische Verwendbarkeit der Thermopräzipitinreaktion nach Schürmann bei chronischer Blennorrhoe, von Emmerich. (D. m. W., 1917, Nr. 19.) Im pathologischen Institut der Städtischen Krankenanstalt in Kiel wurde die von Schürmann als Diagnostikum bei Blennorrhoe angegebene Thermopräzipitinreaktion von Emmerich in 250 Fällen nachgeprüft und als sehr beschränkt verwertbar befunden, da sie bei sicheren Blennorrhoefällen versagte, andererseits bei sicher negativen Kontrollfällen häufig ein positives Resultat ergab. E. Brinitzer-Altona.

Die bimanuelle Untersuchung der Vorsteherdrüse und der Samenblasen und ihre Bedeutung für die Behandlung der Blennorrhoe, von Julius Jacobssohn-Berlin. (M. m. W., 1916, Nr. 38.) J. empfiehlt die bimanuelle Untersuchung in einer

Digitized by Google

etwas veränderten Knieellenbogenlage, die als halb aufgerichtete Kniehandstellung bezeichnet wird. A. Witte-Bremen.

Ohne Antiseptikum behandelte und geheilte Blennorrhoefälle beim Manne, von R. Picker-Budapest. (Zschr. f. Urol., 1916, Bd. 10, H. 7.) Die Erkenntnis, daß das Wesen der infektiösen Erkrankung des männlichen Urogenitales in der Retention der Bakterien in den drüsigen Adnexen und anderen Teilen des Harntraktes mit schlechten, d. h. ungenügenden Abflußverhältnissen gelegen ist, hat den Verfasser dazu geführt, der Ausforschung und Behandlung dieser Retentionsherde seine ganz besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Es gelang ihm auf diese Weise alte, vielfach behandelte Fälle erst durch Massage der Prostata, Samenblasen usw. zur Heilung zu bringen. Es gibt keine unheilbaren und refraktären Fälle, wenn anatomisches und bakteriologisches Wissen, die Beherrschung der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden das Prinzip der Behandlung bleiben. Es ist selbstverständlich, daß alle Organe, Blase, Niere, Prostata, Samenblasen sehr genau untersucht und behandelt werden. W. Chrzelitzer-Posen.

Blennorrhoea ein heilbares Leiden, von George A. Wajeth-New York. (New York m. J., 9. Dez. 1916.) Blennorrhoe ist eine zu verhütende Krankheit, wie die Erfahrungen in der Marine der Vereinigten Staaten in weitestem Maße gelehrt haben, und kann in der Mehrzahl der Fälle, wenn innerhalb 24 Stunden nach Auftreten des Ausflusses in Behandlung genommen, außer in primären Fällen, abortiv geheilt werden und ist auch später heilbar. Obwohl W. diese drei Hauptpunkte hervorhebt, erklärt er Blennorrhoe für die verbreitetste Krankheit, für die größte geheime Gefahr der Menschheit, in Anbetracht der zahllosen unschuldigen, leidenden und der Mutterschaft beraubten Frauen, der vielen blindgeborenen Kinder, der durch Blennorrhoea verstümmelten Männer und vernichteten Familienexistenzen. Die akuten Stadien werden in der bekannten Weise behandelt; hält sich der Prozeß noch längere Zeit in der Pars anterior, so ist Erweiterung mit gleichzeitiger Spülung (Franks Modifikation des Kollmannschen Dilatators) angezeigt. Sollten nach einer solchen Behandlung Gonokokken wieder auftreten, so sind meist die tiefsitzenden Drüsen befallen, und müssen diese Herde mittels Elektrolyse (endoskopisch wird der negative Pol 1—2 Minuten lang an die Drüsenöffnung gebracht) behandelt. Vier bis fünf Drüsen werden in jeder Sitzung geätzt und danach die Harnröhre irrigiert; es ist wichtig, den Strom für das Endoskop (zur Beleuchtung) und jenen für die Elektrolysenadel von verschiedenen Quellen zu entnehmen, um Kurzschluß zu vermeiden, wenn die Instrumente im Gebrauch sind. Bei weiblichen Patienten befolgt W. dieselben Grundsätze, nämlich den Sitz der Infektion erst genau festzustellen und ihn lokal mit Irrigationen und anderem mehr zu behandeln; milde Protargollösungen haben sich auch hier bewährt. Die Wichtigkeit mikroskopischer Untersuchung ist in erster Linie vom diagnostischen Standpunkte, aber auch zur Beurteilung der therapeutischen Fortschritte zu betonen. W. erklärt schließlich, es gäbe keine Entzündung der Harnröhre, die nicht durch geeignete Behandlung geheilt werden könnte, aber ein solches Resultat sei nur mittels peinlicher, lange durchgeführter Beobachtung zu erzielen, und nur die Urethroskopie setze uns in den Stand, die lokalen Veränderungen mit Genauigkeit festzustellen und die sichersten Mittel anzuwenden; ohne die Kontrolle des Auges ist es für den Arzt unmöglich, die beste und wirksamste Behandlung auszuwählen. M. Stern-München.

Über akute urethritische Prozesse bakterieller (nicht blennorrhoischer) Natur nach abgelaufenem Tripper oder bei chronischer Blennorrhoe und den Streptobacillus urethrae Pfeiffer in ätiologischer Beziehung zu ihnen, von Engwer. (M. m. W., 1916, Nr. 42.) Engwer faßt das Ergebnis seiner Arbeit in folgender Form zusammen: Harnröhren, die eine Blennorrhoe überstanden haben oder chronisch daran

Digitized by Google

erkrankt sind, bieten Gelegenheit für eine pathologische Einwirkung sonst als Saprophyten beherbergter Keime. Es liegt keine Veranlassung vor, auch bei Bestehen der Grundkrankheit, den durch solche Keime hervorgerufenen Reaktionen den Charakter echter bakterieller Urethritiden abzusprechen, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind: Vermehrte Sekretion und gesteigerte klinische Erscheinungen sind parallel dem Auftreten einer in Reinkultur sichtbaren und züchtbaren Bakterienart. Der Streptobacillus urethrae Pfeiffer kann in dieser Beziehung zuweilen ätiologisch in Frage kommen.

A. Witte-Bremen.

Beitrag zur Lehre von der Blennorrhoea neonatorum, von M. Kujumdzreff. (Diss., Gießen 1915.) Verfasser gelangt in seiner Arbeit zu folgenden Schlußfolgerungen: 1. Die Conjunctivitis non blennorrhoica nimmt einen leichteren Verlauf wie die Conjunctivitis blennorrhoica. Sie dauert kürzere Zeit an, reagiert besser auf die Therapie und führt seltener zu Hornhautaffektionen. 2. Die Conjunctivitis blennorrhoica zeigt in bezug auf alle diese Punkte einen schwereren Verlauf. Es werden häufiger die beiden Augen ergriffen. Die Kornea erkrankt öfter. Eine Kornealaffektion läßt sich keineswegs sicher vermeiden; sie nimmt oft einen verhängnisvollen Verlauf. 3. Kräftige Kinder bekommen seltener Kornealaffektionen und überstehen den Augentripper überhaupt leichter und schneller wie schlecht ernährte Kinder. Die therapeutische Beeinflussung des Allgemeinzustandes ist von großer Bedeutung für den Erfolg der Behandlung. 4. Die Credéisierung schützt durchaus nicht absolut sicher vor einer Infektion der Bindehaut, und die Ophthalmoblennorrhoe verläuft bei den credéisierten Fällen keineswegs günstiger wie bei den nichtcredéisierten Fällen. K. Boas-Rostock.

Zur Vakzinebehandlung der Blennorrhoe der Kinder, von Richard Hamburger. (Allg. m. Zztg., 1914, Nr. 9.) Verf. hat bei Kindern in viertägigen Pausen 8—10 intramuskuläre Injektionen von verschiedenen Gonokokkenvakzinen gemacht; von intravenösen Einspritzungen sah er wegen der heftigen Reaktionen ab. Einige Kinder wiesen Lokalreaktionen auf. Die Unterstützung der Lokalbehandlung durch die Vakzinebehandlung erwies sich als unwesentlich; die Alleinbehandlung mit Vakzine ist unzureichend.

R. Frühwald-Leipzig.

Verschiedenes.

Der neue Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Der dem Reichstage zugegangene Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten lautet folgendermaßen:

§ 1. Geschlechtskrankheiten im Sinne dieses Gesetzes sind Syphilis, Tripper und Schanker, ohne Rücksicht darauf, an welchen Körperteilen die Krankheitserscheinungen auftreten.

§ 2. Wer den Beischlaf ausübt, obwohl er weiß oder den Umständen nach annehmen muß, daß er an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet, wird mit Gefängnis bis zu drei Jahren bestraft.

Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein.

§ 3. Die Behandlung von Geschlechtskrankheiten und Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane, die nicht auf Grund eigener Wahrnehmung an der zu behandelnden Person erfolgt (Fernbehandlung), ist verboten.

Personen, welche die staatliche Anerkennung als Arzt (Approbation) nicht besitzen, ist auch jede andere Behandlung der im Abs. 1 bezeichneten Krankheiten oder Leiden verboten, sofern die Behandlung gewerbsmäßig erfolgt.

Wer einem der in Abs. 1, 2 enthaltenen Verbote zuwiderhandelt, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahre und mit Geldstrafe bis zu zehntausend Mark oder mit einer dieser Strafen bestraft. Ebenso wird bestraft, wer sich zu einer Behandlung, die ihm nach Abs. 1, 2 verboten ist, öffentlich oder durch Verbreitung von Schriften, Abbildungen oder Darstellungen, wenn auch in verschleierter Form, erbietet.

Digitized by Google

§ 4. Es ist verboten, Mittel, Gegenstände oder Verfahren zur Heilung oder Linderung von Geschlechtskrankheiten sowie von Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane öffentlich oder durch Verbreitung von Schriften, Abbildungen oder Darstellungen, wenn auch in verschleierter Form, anzukündigen oder anzupreisen oder solche Mittel oder Gegenstände an Orten, die allgemein zugänglich sind, auszustellen.

Zuwiderhandlungen werden mit Gefängnis bis zu sechs Monaten und mit Geldstrafe bis zu dreitausend Mark oder mit einer dieser Strafen bestraft.

Straflos ist das Ankündigen oder Anpreisen der im Abs. 1 bezeichneten Mittel oder Gegenstände an Ärzte oder Apotheker oder an Personen, die mit solchen Mitteln oder Gegenständen erlaubterweise Handel treiben, oder in ärztlichen Fachzeitschriften.

§ 5. Weibliche Personen, die gewerbsmäßig Unzucht treiben, können einer gesundheitlichen Beobachtung unterworfen und zwangsweise auf das Vorhandensein von Geschlechtskrankheiten ärztlich untersucht werden. Leiden sie an einer Geschlechtskrankheit, so können sie zwangsweise einem Heilverfahren unterworfen, insbesondere auch in ein Krankenhaus überführt werden, wenn dies zur wirksamen Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich erscheint.

Die Aufbringung der entstehenden Kosten regelt sich nach Landesrecht.

§ 6. Das Strafgesetzbuch wird abgeändert, wie folgt:

1. Als § 180a wird folgende Vorschrift eingestellt:
   Die Vorschrift des § 180 findet keine Anwendung auf das Gewähren von Wohnung an Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, wenn damit weder ein Ausbeuten der Person, der die Wohnung gewährt wird, noch ein Anhalten dieser Person zur Unzucht verbunden ist.
2. Im § 361 erhält die Nr. 6 folgende Fassung:
   6. eine weibliche Person, die gewerbsmäßig Unzucht treibt, wenn sie die zur Überwachung der gewerbsmäßigen Unzucht erlassenen Vorschriften übertritt. Die Vorschriften erläßt der Bundesrat; soweit der Bundesrat solche Vorschriften nicht erläßt, können sie von der obersten Landesbehörde oder der von ihr bestimmten Behörde erlassen werden;
3. Im § 362 Abs. 2 wird als Satz 3 folgende Vorschrift eingestellt:
   Im Falle des § 361 Nr. 6 ist die Überweisung an die Lanesdpolizeibehörde auch dann zulässig, wenn die Strafe gemäß § 73 auf Grund eines anderen Gesetzes zu bestimmen ist.

§ 7. Mit Gefängnis bis zu sechs Monaten und mit Geldstrafe bis zu dreitausend Mark oder mit einer dieser Strafen oder mit Haft wird bestraft:

1. eine Amme, die ein fremdes Kind stillt, ohne im Besitz eines unmittelbar vor Antritt der Stellung ausgestellten ärztlichen Zeugnisses darüber zu sein, daß sie nicht an einer Geschlechtskrankheit leidet;
2. eine weibliche Person, die, wissend, daß sie an einer Geschlechtskrankheit leidet, ein fremdes Kind stillt;
3. wer ein syphilitisches Kind, für dessen Pflege er zu sorgen hat, in Kenntnis der Erkrankung von einer anderen Person als der Mutter stillen läßt;
4. wer ein geschlechtskrankes Kind in Kenntnis der Erkrankung in Pflege gibt, ohne die Pflegeeltern von der Krankheit des Kindes zu benachrichtigen.

Straflos ist das Stillen oder Stillenlassen eines syphilitischen Kindes durch eine weibliche Person, die selbst an Syphilis leidet.

Die Redaktion bittet die Herren Kollegen, sich hierüber äußern zu wollen, da nichts eine strittige Sache besser zu klären geeignet ist, als eine öffentliche Aussprache.

Eine außerordentliche **Kriegs-Dermatologentagung,** veranstaltet von der Berliner Dermatologischen Gesellschaft, fand am 26. und 27. März in Berlin statt. Außer Krankendemonstrationen fand Aussprache über Kriegsdermatosen und über Salvarsanbehandlung statt.

Geh. Med.-Rat Prof. Edmund Lesser in Berlin wurde in den Reichsgesundheitsrat berufen.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig
Für den Referatenteil: Dr. P. Tabenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

6. April 1918 | Nr. 14 | Band 66

Aus der medizinischen Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Altona.

Über die Bildung der Harn- und Gallensteine[1]).

Von

Prof. Dr. L. Lichtwitz.

Das alte, oft bearbeitete Problem der Steinbildung, das schon von jeher das Interesse der Ärzte und Biologen erregt hat, birgt neben dem Reiz zu erfahren, auf welche Weise die schönen Strukturen entstehen, Fragen von großer praktischer Bedeutung. Es ist notwendig zu wissen, ob die Steinbildung die Folge einer vermehrten Ausscheidung des versteinernden Materials ist, also mit falscher Ernährung oder mit besonderen Stoffwechselanomalien zusammenhängt, wie sicher eine den Zystinstein mitbewirkt. Weiterhin ist die Rolle der Gerüstsubstanz, der Ebstein eine spezifische Natur und die primäre Bedeutung für die Steinbildung zuschrieb, von großem Interesse, ebenso die Beziehungen zur Entzündung, die Frage des Wachstums und ihres Aufhörens und endlich das Ziel mancher therapeutischer Bestrebungen, die Steinlösung.

Die Steinbildung ist ein Teil des in der gesamten belebten Welt sehr bedeutungsvollen Geschehens, der Abscheidung fester Substanzen aus Lösungen. In diesen Zusammenhang gehört auch die Niederschlagsbildung, die zur Steinbildung eine zweifache genetische Beziehung hat dadurch, daß Sedimente häufig einen Steinkern bilden, und dadurch, daß Sedimente auch zu einem strukturlosen Stein zusammenkleben können.

Die Untersuchung der Löslichkeiten der Steinbildner in Harn und Galle hat ergeben, daß bei allen, den Karbonaten und Phosphaten der alkalischen Erden, dem Kalziumoxalat, der Harnsäure und ihren Salzen, dem Cholesterin und dem Bilirubin, der Zustand der Übersättigung besteht, der bekanntlich sehr wenig stabil ist, aber durch die Anwesenheit feinverteilter Biokolloide eine sehr beträchtliche Beständigkeit gewinnt. Es konnte gezeigt werden, daß die Verschlechterung des Verteilungsgrades dieser Schutzkolloide die erste und wichtigste Vorbedingung zur Bildung eines Sedimentes ist, bei der als Umstände zweiter Ordnung

[1]) Nach einem Vortrag im Altonaer Ärztlichen Verein 25. IV. 1917. Literatur in L. Lichtwitz, Über die Bildung der Harn- und Gallensteine. Verlag J. Springer, Berlin 1914.

Digitized by Google

Reaktion des Mediums und Konzentration der Steinbildner mitwirken, die weniger die Bildung des Steines an sich als die chemische Natur desselben bestimmen.

Sedimente werden zu Kernen, um die sich Steine von kunstvollem Bau bilden. Die gleiche Wirkung haben ganz beliebige andere Stoffe, Schleim- und Blutgerinnsel, Schleimhautfetzen, Bakterienhaufen, Fremdkörper aus irgend welchem Material. Das Gemeinsame und Wirksame aller dieser Stoffe liegt darin, daß sie der Flüssigkeit, die sie umgiebt, eine fremde Oberfläche bieten. Nach den Gesetzen der Oberflächenwirkung werden an Grenzflächen viele Stoffe angereichert (adsorbiert). Eine Gruppe von Stoffen, die Biokolloide, sind dadurch ausgezeichnet, daß sie bei dieser Anreicherung gerinnen und feste, zusammenhängende Häutchen bilden. So entsteht die Eiweißhaut um die Fettkügelchen der Milch, das Fibringerinnsel beim Schlagen des Blutes, der wandständige Thrombus und die Fibrinbeschläge der serösen Häute und anderes mehr. Von besonderem Interesse ist eine derartige Erscheinung, die in manchen Harnen leicht beobachtet werden kann. Das bekannte schillernde Häutchen, das auf dem alkalischen Harn bei der Phosphaturie auftritt, entsteht durch die Oberflächengerinnung eines ätherlöslichen Kolloids.

Um eine geeignete Oberfläche bildet sich also bei Gegenwart geeigneter feinverteilter Biokolloide durch Gerinnung eine konzentrische Schicht. Dadurch, daß diese neue Schicht wieder als fremde Oberfläche wirkt, lagert sich wie bei dem Thrombus eine zweite und dritte Schicht auf, so daß es zu einem konzentrisch geschichteten Gebilde kommt. Körper dieser Bauart finden sich physiologisch z. B. in der Prostata. Unter pathologischen Verhältnissen als sogenannte Eiweiß-(Kolloid-)steine im Harn bzw. in Blase und Nierenbecken; einmal haben wir sie auch im Inhalt einer schwer entzündeten Gallenblase beobachtet. Die Eiweiß-(Kolloid-)steine gleichen in ihrem konzentrischen Bau völlig den gewöhnlichen Konkrementen, unterscheiden sich von ihnen aber durch das Fehlen des versteinernden Materials. Ihr Vorkommen lehrt, daß die konzentrische Häutchenbildung um einen Steinkern, die Bildung des Steingerüstes, die durch eine Adsorption von Kolloiden geschieht, den nach der Steinkernbildung primären Vorgang darstellt.

Eiweißsteine sind selten, weil die gebildeten Häutchen (das Gerüst) die Neigung haben, sich mit un- und schwerlöslichen Stoffen zu inkrustieren, unter der Herrschaft eines Gesetzes, das alle Versteinerungen und Verkalkungen in der belebten Natur bestimmt. Es erhalten nämlich alle schwerlöslichen Stoffe, die sich in den Körpersäften durch den Kolloidschutz der in ihnen enthaltenen Kolloide in übersättigter Lösung befinden, überall dort die Bedingungen der einfachen wässerigen Löslich-

Digitized by Google

keit und erfahren ihre Ausfällung, wo dieser Kolloidschutz fehlt, wo die Gewebskolloide in den nicht schützenden Zustand der Ausflockung übergegangen sind, vorausgesetzt, daß die gelösten schwerlöslichen Stoffe auf osmotischem Wege in die Zonen der Kolloidfällung einzudringen vermögen. Physikalisch-chemisch sind alle schwerdegenerativen und nekrotisierenden Prozesse Kolloidfällungen, so die Verkäsung, die hyaline Degeneration und anderes mehr. Alle so veränderten Gewebe wirken als Kalkfänger dadurch, daß Kalziumphosphat- und Karbonat aus Plasma und Lymphe in die Bezirke der Fällung hineindiffundiert, dort nach den Gesetzen der wässerigen Löslichkeit ausfällt, dadurch eine sehr erhebliche Verminderung der betreffenden Konzentrationen herbeiführt, ein weiteres Nachströmen und Ausfallen der Salze ermöglicht und durch häufige Wiederholung dieses Vorganges schließlich zu einer Versteinerung des Bezirkes führt. Bei den Fibrinniederschlägen scheint die Fähigkeit der osmotischen Durchdringung eine sehr geringe zu sein. Im Harn sind die Erscheinungen von Verkrustungen der Kolloidhäutchen häufig. So verkalkt das schillernde Häutchen auf der Oberfläche des Harns fast regelmäßig; in der Nubekula, in Tripperfäden, auch im Schleim der Gallenblase finden sich oft massige Niederschläge versteinernden Materials. Auch die konzentrische Häutchenbildung um einen Steinkern verfällt meistens der Verkrustung. Diese Versteinerung ist also ein der Häutchen-(Gerüst-)bildung zeitlich und kausal folgender Prozeß. Das ist von der größten praktischen Bedeutung, weil diese Erkenntnis des Werdegangs der Steine besagt, daß das Wachstum nicht durch Anlagerung von Sediment, sondern aus dem klaren Harn erfolgt. Da ein gleichzeitiges Sediment die Konzentration an versteinerndem Material erniedrigt, so schließen sich, wie bereits Meckel von Hemsbach (1856) bemerkt, Sedimentbildung und Steinwachstum bis zu einem gewissen Grade aus. Ein klarer Beweis dafür, daß die Steine von kunstvollem Bau nicht durch Anlagerung von Sediment wachsen, sondern daß sie sich durch Auskristallisieren von verhärtendem Material im Gerüst bilden, liegt in der Tatsache, daß sich in diesen Steinen niemals die Kristallformen der Sedimente finden. Es ist bekannt, daß in Gelen besondere Kristallformen entstehen. Die radiäre Streifung, die in Steinen von kunstvollem Bau zu sehen ist, bildet sich vermutlich durch das Wachstum der Kristalle in der Richtung des Diffusionsstromes.

Die Versteinerung der Schichten kann bei normalen und selbst bei niedrigen Konzentrationen der versteinernden Stoffe vor sich gehen, da auch die niedrigen, im Harn sowohl wie in der Galle, noch immer einer übersättigten wässerigen Lösung entsprechen. Damit ist gesagt, daß der Verkrustung des Steines, vom Zystinstein abgesehen, keine Stoffwechsel-

Digitized by Google

anomalie zugrunde liegt. Auch durch diätetische Behandlung ist der Prozeß nur einschränkbar, nicht ganz zu beseitigen. Auch die Gerüstsubstanz ist nicht spezifisch; Harn und Galle enthalten bereits in der Norm geeignete Kolloide. Alle krankhaften Ereignisse, die das Auftreten gerinnungsfähiger Kolloide (Eiweiß, Schleim) in größeren Mengen veranlassen, können die Bildung und das Wachstum von Steinen ermöglichen und erleichtern.

Eine besondere Besprechung erfordert der radiäre Cholesterinstein, bei dem die konzentrische Schichtung fehlt und in Übereinstimmung mit dem oben Gesagten keine zusammenhängende Gerüstsubstanz, sondern nur Kolloid in Spuren zwischen den Balken vorhanden ist. Der Grund für dieses eigenartige Verhalten liegt darin, daß das Cholesterin selbst ein stark adsorbierbarer Stoff ist, also primär angelagert wird, daß es aber außerdem eine große Neigung zur Kristallisation hat, die für die Endform bestimmend ist. Jede Galle enthält genügend Cholesterin, um einen Stein zu bilden. Eine Cholesterindiathese (Aschoff) ist unbewiesen. Aschoff hat die These aufgestellt, daß der radiäre Cholesterinstein durch eine Stoffwechselanomalie ohne das Hinzutreten einer Entzündung entsteht, während die gewöhnlichen Kalksteine der Galle sich auf entzündlicher Basis bilden. Es hat sich nachweisen lassen, daß der Kalkgehalt der Galle bei Entzündungen nicht größer wird, sondern daß jede Galle genügend Kalk zur Bildung eines Kalksteines enthält. Es ist möglich, daß sich bei Entzündungen, die zu einem höheren Kolloidgehalt führen, leichter gerüstreiche Steine (die gewöhnlichen Herdensteine) bilden. Dafür spricht vielleicht auch die Existenz der Kombinationssteine, die einen geschichteten Kalkmantel um einen radiären Cholesterinstein haben. Es ist auch möglich, daß in einer kolloidarmen Galle, also bei Fehlen von Entzündungsprodukten, sich eher das Cholesterin anlagert. Aber etwas sicheres wissen wir über diese schwierigen und dem Experiment schwer zugänglichen Vorgänge nicht. Eine Trennung in entzündliche und nichtentzündliche Steinbildung muß zudem bei dem Steinkern beginnen, der in den Gallensteinen verschiedener Art der gleiche ist. In welchen Fällen er sich durch eine Entzündung, in welchen er sich ohne eine solche gebildet hat, ist gänzlich unbekannt. Etwas klarer liegen die ätiologischen Verhältnisse bei den Harnsteinen. Alle Konkremente, die reichlich Ammoniak, das nur durch bakterielle Harnstoffzersetzung entstanden sein kann, enthalten, haben eine klare entzündliche Genese. Da es aber auch katarrhalische, steinbildende Vorgänge im Harn ohne Harnstoffzersetzung gibt, so muß die Gruppe der auf entzündlichem Wege entstandenen Steine größer sein. Eine große Zahl von Harnsteinen reicht mit ihren Anfängen (der Kernbildung) bis in die früheste Jugend zurück

Digitized by Google

(harnsaurer Infarkt der Neugeborenen) und hat sicherlich keinen Zusammenhang mit irgend welchen entzündlichen Vorgängen.

Das Wachstum der Steine ist in vielen Fällen kein unbeschränktes. Es hört auf, wenn die Oberfläche inaktiv geworden ist, so daß keine weitere Gerüstbildung an ihr erfolgt. Jede Oberfläche hat die Neigung zur Energieverminderung (Abnahme der Oberflächenenergie, Entropie der Oberfläche).

Die zum Steingerüst führende Kolloidfällung ist ein irreversibler Prozeß; d. h. das Gerüst ist unlöslich. Auch die Löslichkeit der inkrustierenden Stoffe ist praktisch gleich Null. Eine Steinlösung ist daher völlig unmöglich.

Aus der Praxis.

Über die Blasenschwäche der Frauen.

Von

Dr. Siegfried Samson, Frauenarzt, Hamburg.

Klagen über Blasenschwäche hören wir Gynäkologen in der Sprechstunde täglich. Die einen Frauen erzählen, daß sie ohne erkennbaren Grund zum Teil anfallsweise sehr häufig Urin lassen müssen und oft dabei das Gefühl haben, als wäre die Blase nicht völlig entleert; andere Frauen wieder wissen, daß sie diese Blasenschwäche nach Abkühlungen, nassen Füßen oder zur Zeit der Periode bekommen; wieder andere Frauen verlieren Urin beim Pressen, Niesen, Husten und Lachen. Die meisten Frauen haben schon alle Hausmittel angewandt, haben Urotropin, Bärentraubenblätter- oder Lindenblütentee genommen, da die Blasenschwäche der Frauen mit Vorliebe zunächst einmal als Blasenkatarrh gedeutet wird.

Es kann natürlich tatsächlich eine Zystitis vorliegen. Davon will ich aber hier nicht sprechen, wie überhaupt nicht von organischen Blasenerkrankungen, auch nicht von Blasenschwächen aller Art und Form bei Erkrankungen des Zentralnervensystems oder von Polyurien bei verschiedenen internen Krankheiten, sondern lediglich von den typischen Fällen von funktioneller Blasenschwäche ohne eigentliche Erkrankung der Blase selber. Ich will ferner ganz kurz darüber berichten, wie ich diese Fälle jetzt behandle.

In erster Linie müssen die Fragen der Hygiene gestreift werden. Es sollen weiße, geschlossene Beinkleider getragen werden. Der Urin soll nicht künstlich angehalten werden, sondern ist sofort bei Bedürfnis zu entleeren; Verstöße gegen diese Vorschrift aus Nachlässigkeit oder Schamhaftigkeit führen zur Überdehnung der Blase mit Blasenschwäche und zur Verdrängung der Nachbarorgane. Nach dem Urinlassen sind die Geschlechtsteile mit Wattebäuschen, die in lauwarmes Wasser getaucht sind, zu reinigen. Es soll dabei nur getupft, nicht gerieben werden. Die Wattetupfer sind fortzuwerfen. Bei Unreinlichkeit tritt durch Zersetzung des Urins Reizung der äußeren Genitalien mit Jucken und Harndrang ein.

Während der Menstruation ist die Blase gesteigert reizbar; daher ist während der Menstruation in erhöhtem Maße für Reinlichkeit zu sorgen; denn das Blut an den

Digitized by Google

Genitalien zersetzt sich und fault. Mit dem alten Aberglauben, daß während der Menses die Wäsche nicht gewechselt werden darf, ist gründlich aufzuräumen. Mehrmals täglich sind die äußeren Genitalien mit Wattebäuschen und lauwarmem Wasser zu reinigen. Spülungen sind nur in Ausnahmefällen erlaubt. Warme Wannenbäder während der Periode werden von vielen Frauen anstandslos vertragen. Ich verbiete sie aber trotzdem prinzipiell. Die bekannten käuflichen Monatsbinden mit auswechselbaren Aufsaugepolstern erfüllen am besten die hygienischen Anforderungen. Abkühlungen, anstrengende Körperbewegungen, übermäßige geistige Tätigkeit, Singübungen sind in diesen Tagen schädlich. Nach beendigter Periode erfolgt das Reinigungsbad, eventuell nach einer vorhergehenden heißen Ausspülung. Bettruhe ist unter normalen Verhältnissen nicht nötig. Manche Frauen behaupten sogar, die Blutung wäre bei ihnen stärker, wenn sie im Bette bleiben. Dagegen lasse ich dysmenorrhoische Frauen mindestens einen Tag mit heißen Flaschen im Bette liegen und heiße Limonaden usw. trinken. Eine Reihe von Frauen verlieren allein hierdurch schon ihre dysmenorrhoischen Schmerzen und ihre Blasenschwäche. Sonst ist eins der vielen Mittel und eventuell die Behandlung der Genitalstellen der Nase zu versuchen. Ich habe eine Zeitlang Versuche mit Hodenextrakt gemacht, in der Idee, es könnte sich vielleicht um eine Hypersekretion der Ovarien handeln, und der Hodenextrakt könnte möglicherweise das Ovariensekret spezifisch neutralisieren. Ich habe eine Reihe dysmenorrhoischer Frauen ohne Befund, speziell ohne Myome, drei Monate lang dreimal täglich eine Testestablette (Freund & Redlich-Berlin), im vierten Monat nur in den letzten acht Tagen vor der Periode dreimal täglich eine solche Tablette nehmen lassen. Die Erfolge sind bis auf einen Versager auffallend gut gewesen. Die Frauen haben ihre Schmerzen und die Blasenschwäche verloren und sie seit vier Jahren bis auf leichtes Ziehen am ersten Tage nicht wiederbekommen. Über Injektionen mit Testikulin (Freund & Redlich) habe ich nicht hinreichende Erfahrungen, um darüber urteilen zu können; ich habe es nur in einem Falle, allerdings mit Erfolg, angewandt. Ich konnte seinerzeit die Versuche nicht fortsetzen; rate aber dringend, meine Methode nachzuprüfen, besonders auch bei starker Libido sexualis. Die Blasenschwäche nach forciertem Geschlechtsverkehr schwindet gewöhnlich nach 1—2 Tagen von selber. Dagegen wird die Blasenschwäche bei Masturbation, und zwar besonders bei Friktionen des Urethralschwellkörpers und Einführen von Fremdkörpern in die Harnröhre, behandelt werden müssen. Ein ähnlicher dauernder Reiz mit Harnträufeln wird durch Karunkeln, Polypen, Ektropium und durch Dilatation der Urethra infolge unzweckmäßiger Kohabitationsversuche bedingt. Zweimal habe ich deswegen eine Keilexzision am Orif. urethrae mit vollständigem Erfolg ausgeführt.

Ähnlichen Harndrang verursachen echte Urethritiden, Würmer, Pruritus, Kraurosis vulvae usw., der durch Heilung der Grundkrankheiten ohne weiteres schwindet.

Die Blasenschwäche in der Schwangerschaft bedarf kaum einer Behandlung, da sie nach der Geburt von selber verschwindet. In manchen Fällen sieht man eine Besserung, wenn Schwangere wegen Hängeleib oder Kreuzschmerzen eine Umstandsbinde tragen. Sonst versagt jede Therapie. Während der Entbindung darf man trotz häufigen Urinierens nicht ohne weiteres annehmen, daß die Blase entleert ist; sehr häufig verbirgt sich hinter dem Harnträufeln eine Überfüllung der Blase, die sogar die Geburt zum Stillstand bringen kann. Erst nach katheterisierter Blase setzen dann wieder kräftigere Wehen ein.

Auch im Wochenbette ist für regelmäßige Blasenentleerung Sorge zu tragen.

Gelegentlich muß man auch daran denken, daß Stuhl- und Harndrang Symptome einer abgestorbenen intra- und extrauterinen Frucht sind, und daß Blasensymptome im Vordergrunde stehen bei Inkarzeration eines retroflektierten graviden Uterus.

Digitized by Google

Wenn in letzterem Falle noch keine Blasengangrän eingetreten ist, ist die Blase sofort zu entleeren, der Uterus aufzurichten und bis etwa zum fünften Monat durch einen Ring zu halten. Ist dagegen der spontan abfließende Urin bereits blutig-jauchig, dann ist jeder Repositionsversuch zu unterlassen und nur eine klinisch-operative Behandlung möglich, da durch die Blasengangrän der Frau die allergrößte Lebensgefahr droht.

Tumoren der Ovarien und des Uterus mit Blasenstörungen sind operativ zu behandeln; dazu gehören auch Myome, die mechanische Störungen machen. Bestrahlungen oder sonstige Behandlungen dieser Myome führen nicht zum Ziel. Besonders starke Blasensymptome machen Myome, die an der Rückseite des Uterus hängen und diesen nach hinten ziehen. Ich habe eine ganze Reihe von Fällen durch Myomektomie geheilt, von denen einige bereits mit Alexander-Adams, sehr viele andere mit Ringen und Pessaren anderweitig vorbehandelt waren, und zwar ohne Besserung der Blasenschwäche.

Wir kommen nun zu den entzündlichen gynäkologischen Erkrankungen. Ich sehe wiederum von der Besprechung der Fälle ab, bei denen die Blase selbst mit erkrankt ist, oder bei denen es vielleicht gar zu einem Eiterdurchbruch in die Blase gekommen ist. Eine Indikation zum operativen Eingriff dürfte, wenn es nicht zur Abszeßbildung kommt, wohl kaum je durch Blasenstörungen gegeben werden. In sehr vielen Fällen ruft eine Eisblase im frischen Stadium der Entzündung schwere Blasenbeschwerden hervor und muß durch andere Behandlungsmethoden ersetzt werden. Mit Morphium darf dann nicht gespart werden. Der Ausgang der entzündlichen Erkrankung ist charakterisiert durch peritoneale Adhäsionen mit mehr oder weniger schweren, fixierten Verlagerungen des Uterus. Diese und die schleichend verlaufenden Fälle von Schrumpfungen des Pelveoperitoneums zerren gleichzeitig an der Blase und machen sehr quälende Druck- und Zugneurosen. Thure Brandtsche Massage, Vibrationsmassage, Tamponaden, Klistiere, die durch Anfüllung der Ampulla recti mechanisch wirken, Heißluftbehandlung und die noch zu besprechenden allgemeinen Behandlungsmethoden führen meistens zur Beseitigung, sicher zu einer ganz erheblichen Besserung der Blasenbeschwerden.

Ähnliche Reflexneurosen der Blase werden durch Verlagerung der Nachbarorgane auch ohne entzündliche Fixation bedingt: bei vorderem Scheidenprolaps, von den leichtesten, kaum feststellbaren Formen bis zur ausgebildeten Zystozele mit dem quälenden Gefühl, daß die Blase nicht genügend entleert werden kann; bei deszendiertem Uterus mit und ohne Elongatio colli; bei hinterem Scheidenprolaps; bei Gastroenteroptose mit und ohne mobiler Retroflexio uteri. Die unkomplizierte mobile Retroflexio uteri allein dagegen macht überhaupt keine krankhaften Symptome, auch keine Blasenschwäche. Ich kann mich daher auch zu einer Pessarbehandlung oder gar zu einer operativen Korrektur einer unkomplizierten mobilen Retroflexio uteri durchaus nicht verstehen. Zu behandeln sind hierbei lediglich die Abmagerung, Nervosität und anämische oder lymphatische Erscheinungen. Eine gutsitzende Leibbinde oder ein sehr gut gearbeitetes Korsett, Liege- und Mastkuren mit Allgemeinbehandlung sind die beste Behandlungsmethode. Eine Elongatio colli oder ein Col tapyroide muß natürlich amputiert und ein Scheidenprolaps beseitigt werden. Bei Prolapsen mache ich seit Jahren die Levatorplastik des Beckenbodens und kann die vorzüglichen Resultate gar nicht genug betonen. Eine Beckenbodenplastik beseitigt bei Prolapsen die Blasenschwäche so radikal, daß man einen gleichzeitig bestehenden leichten vorderen Scheidenprolaps dann ruhig unoperiert lassen kann.

Eine ganze Reihe von Patientinnen klagt über Blasenschwäche nach örtlichen und allgemeinen Abkühlungen, nach kalten und nassen Füßen usw. Zwei Damen bekommen nach Erkältungen sogar regelmäßig einen Herpes genitalis mit Blasenschwäche, sehr

Digitized by Google

viele andere wiederum Blasenschwäche mit ziehenden Schmerzen beim Urinieren, so daß ich sehr wohl verstehen kann, wenn einige Autoren diese Fälle als rheumatische Erkrankung der Blase ansprechen. Tatsächlich werden diese Beschwerden durch heiße Umschläge, heiße Getränke, Aspirin und ähnliche Mittel schnell beseitigt. Eine überwiegende Menge dieser Patientinnen stammt jedoch aus Gichtfamilien und hat zum Teil selber Zeichen der harnsauren Diathese. Ihre Beschwerden steigen und fallen mit Barometerschwankungen, ähnlich wie bei dem lymphatischen Typus. Der stark saure Urin macht sogar gelegentlich echte Urethritiden und wird durch Urizedin und alkalische Wässer schnell neutralisiert; der lästige Harndrang schwindet dann sofort. Mit Nutzen habe ich auch Azitrin verordnet. Seit Jahren schließe ich prinzipiell als eigentliche Gichtkur die Falckensteinsche Salzsäure-Jodkur, besonders bei Frauen, die viel Fleisch essen, mit allerbesten Erfolgen an. Ich erinnere bei dieser Gelegenheit daran, daß von einzelnen Gichtforschern Urate im Perimetrium angenommen werden. Wenn diese tatsächlich vorkommen, dann würden manche Formen von schleichend verlaufenden pelveoperitonitischen Schrumpfungen mühelos erklärt werden können, die die oben erwähnten Reflexneurosen der Blase hervorrufen.

Bei einigen Frauen mit funktionellen Herzstörungen habe ich Anfälle von Extrasystolien mit gleichzeitiger Blasenschwäche beobachtet. Hiergegen haben sich am besten elektrische Vierzellenbäder bewährt; dieselben sollen wochen- und monatelang täglich mit schwachen Strömen genommen werden. Bei Rückfällen führt dann eine kurze Behandlungsdauer schnell wieder zur Heilung.

Hiermit habe ich die Fälle von Blasenschwäche, die ich in 12 Jahren beobachtet und behandelt habe, erschöpft. Außer der speziellen Behandlung der einzelnen Fälle ist es aber sehr wichtig, die nervösen anämischen und lymphatischen Frauen durch Allgemeinbehandlung auf ein besseres Gesundheitsniveau zu bringen. Ich lasse daher eine Reihe allgemeiner Ratschläge folgen, die in sinngemäßer Weise einzureihen sind.

Die erste und wichtigste Vorschrift bei Frauen mit Blasenschwäche lautet: warme Füße! Es ist auffallend, wie viel Frauen an kalten Füßen mit Gänsehaut bis über die Knie hinauf leiden. Solche Frauen müssen bis in den Sommer hinein eine Wärmflasche ins Bett nehmen, müssen mehrmals am Tage die Strümpfe wechseln und heiße Fußbäder oder Wechselfußbäder nehmen und hinterher die Haut gut frottieren. Kalte Bäder vertragen sehr viele Frauen mit Blasenschwäche schlecht, noch schlechter fast lauwarme Bäder, die ja schon physiologisch Urindrang hervorrufen: die meisten Frauen verlangen nach Bädern von 30 Grad Reaumur und darüber. Anämische Frauen brauchen viel Wärme und nehmen daher mit größtem Nutzen elektrische Heißluftbäder mit guter Nackenkühlung. Vorher soll stets durch heiße Fußbäder für warme Füße gesorgt werden.

Kohlensaure Bäder werden oft weniger gut, Sauerstoffbäder eventuell mit Kiefernadelextrakt gut vertragen; ich lasse aber, entgegen der üblichen Vorschrift auch hier bei etwa 29 Grad Reaumur baden. Hinterher kommt Bettruhe von etwa einer Stunde.

Bei der Auswahl eines Badeortes ist das Grundleiden maßgebend; für die meisten Fälle paßt Franzensbad und Elster mit Moor- und Stahlbädern und Stahltrinkkuren. Lymphatisch-skrophulöse und anämische Mädchen und Frauen schicke ich nicht an die See, sondern mit Vorliebe in die Höhe von 1200—1500 m mit guter Sonnenbestrahlung (Wengen, Rigi Kaltbad usw.).

Bei der künstlichen Höhensonne treten die objektiven Erfolge im Verhältnis zur Suggestivwirkung bei Blasenschwäche in den Hintergrund. Die Suggestiverfolge addieren sich aber sehr gut zu der suggestiven Kraft der ärztlichen Persönlichkeit, wenn es gilt, die Energie der Frau zu stählen.

Digitized by Google

Örtlich kann man durch starke Ätzungen der Harnröhre und eventuell durch Blasenspülungen mit 1‰ Argentumlösung gute Erfolge erzielen.

Von inneren Mitteln empfehle ich Calc. lact., Arsenperdynamin, Sanguinal Krewel mit Arsen, Elarson und Dürkheimer Maxquelle; mehr rate ich jedoch zu einer Injektionskur mit Solarson. Bei lymphatischen Frauen habe ich auch mit Vorteil innerlich Hypophysochrom (Laboschin) nehmen lassen.

Bei Abmagerungen sind Liege- und Mastkuren wirksam. Zu warnen ist dabei vor übertriebenem Milchgenuß, da man hierdurch sehr leicht die Gastrektasie und ihre Beschwerden vermehrt.

In einer Reihe von Fällen ohne örtlichen Befund erzielt man gute Erfolge durch orthopädische und mechanische Behandlungsmethoden. Zunächst muß ich immer von neuem darauf hinweisen, daß man durch Erhöhen des Bettendes die Blase entlasten und allein hierdurch gelegentlich eine vollkommene Heilung der Enuresis nocturna erzielen kann.

Über örtliche elektrische Behandlung der Blasenschwäche habe ich keine Erfahrungen; sie wird aber von verschiedenen Seiten gelobt.

Eine weitere gute Behandlungsmethode ist die Massage des Blasenhalses von der Scheide, bzw. bei Virgines vom Rektum aus. Ich steigere den Erfolg noch dadurch, daß ich 5%ige Protargolstäbchen (3 cm lang, 3—5 mm dick) in die Harnröhre einführe und dann massiere. Das Protargolstäbchen reizt chemisch und mechanisch.

Bei der Blasenhalsmassage hatte ich oft den Eindruck, als ob die Besserung durch Mitmassieren kleiner, nicht palpabler Peritonealadhäsionen bedingt war. Ich pflege daher stets gleichzeitig mit der Blasenhalsmassage manuell oder mit dem Vibrationsapparat den Uterus zu mobilisieren und auch heiße Irrigationen mit Kochsalz, Tamponaden und Heißluftbehandlung anzuwenden. Spülungen mit klarem Wasser ohne Zusätze machen bei einer Reihe von Frauen Fluor und sind daher zu unterlassen. Wenn keine Indikation zu anderen Zusätzen besteht, lasse ich auf einen Liter Wasser einen halben bis einen Teelöffel Kochsalz nehmen.

Ferner sollen alle Frauen mit funktioneller Blasenschwäche orthopädische Übungen machen, die den Schließmuskel der Blase treffen. Hierher gehört in erster Linie das rhythmische Öffnen und Schließen des Mastdarmringmuskels, da die Schließmuskeln des Mastdarmes, der Scheide und der Blase gemeinsam vom Plexus pudendus innerviert werden. Ferner hat sich sehr die rhythmische Knieteilung und -schließung als Widerstandsbewegung bewährt, da hierdurch die Sphinkteren der Blase mitkontrahiert werden.

Bei einem Prozentsatz der Frauen ohne gynäkologischen Befund haben aber alle diese Behandlungsmethoden versagt. Diese Frauen schicke ich in geschlossene Sanatoriumsbehandlung, wo selbst in schwierigen Fällen nervöser Blasenhyperästhesie durch kombinierte hydrotherapeutische Maßnahmen noch weitere Erfolge erzielt werden.

Ich habe eigentlich nie Gelegenheit gehabt, die Gersunysche Operation zu machen, die durch Längsachsendrehung der frei präparierten Urethra auch in den verzweifeltsten Fällen tatsächliche Heilung bringen soll.

Digitized by Google

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 15. Januar 1918.

Originalbericht von Dr. Sprinz-Berlin.

1. Heller demonstriert a) einen 18jährigen Mann, der an **Psoriasis** seit dem 12. Lebensjahre leidet. Das Bemerkenswerte dieses Falles ist, daß auch die **Lippenschleimhaut** von Psoriasis betroffen ist. H. macht auf die charakteristischen, querverlaufenden Rhagaden aufmerksam.

Zur Diskussion bemerkt Ledermann, daß es sich meist nur um Übergänge von der äußeren Haut auf die Lippenschleimhaut handle; nur sehr selten sei die Schleimhaut isoliert betroffen.

b) Einen 21jährigen Mann, der bis faustgroße Tumoren in der Leiste, Achsel und anderen Stellen mehr aufweist, die als Ausdruck einer **Pseudoleukämie** sichergestellt sind. Seit 18 Monaten haben sich an der Stirn, auf der Nase und an den Wangen Hautveränderungen entwickelt, die sich als runde, braunrote, flache Infiltrate von etwa Zweimarkstückgröße äußern. Die Ränder sind leicht erhaben, und das Zentrum zeigt geringe Abflachung. Entsprechend der Einteilung von Paltauf hält H. die **zirkumskripte Form der lymphatischen Hauterkrankung** für vorliegend. Röntgen und Arsen blieben erfolglos.

Auf den Einwurf Pulvermachers, daß an Lupus erythematodes zu denken wäre, erwidert H., daß er den Einwurf als berechtigt anerkenne; daß er sich aber nicht entschließen könne, zwei verschiedene Dermatosen bei einem Kranken zu vermuten, wenn die Möglichkeit bestehe, alle Erscheinungen unter ein Krankheitsbild zu bringen.

c) **Röntgenphotographien** eines Unterschenkels, herrührend von einem Falle **kongenitaler Syphilis** eines jetzt 25jährigen Mannes. Das Bild zeigt neben den typischen Ossitis eburnea an der Grenze zwischen Diaphyse und Epiphyse eine deutliche Kalkablagerung.

2. Heller kommt noch einmal auf die Frage des Spätikterus nach Salvarsan zurück. Nach seiner Auffassung besteht eine bestimmte Relation zwischen Ikterus und der Höhe der verabfolgten Dosis. Dazu berichtet H. u. a. über einen Fall, wo der betreffende Kranke nach 24 Injektionen von Salvarsan zu 0,2—0,4 einen Spätikterus bekam.

Pulvermacher hält die Höhe der verabfolgten Dosis nicht allein für ausschlaggebend; wenn es auch theoretisch wahrscheinlich ist, daß mit zunehmender, toxischer Dosis die Aussicht, an Ikterus zu erkranken, steigt, so zeigt es sich in praxi, daß der Spätikterus ebenso bei vorsichtiger Dosierung eintritt wie nach übermäßigen Dosen.

Man muß annehmen, daß bei besonders disponierten Individuen das Salvarsan oder seine Produkte in der Leber gleichsam auf der Lauer liegen, um bei noch hinzutretenden Schädlichkeiten unbekannter Art einen Spätikterus zu erzeugen. Da die Häufigkeit der Fälle von Spätikterus an den verschiedenen Syphilisstationen ganz verschieden ist, müssen noch andere, im Milieu liegende Momente hinzukommen.

3. Bruhns bringt a) einen recht charakteristischen Fall der von Ehrmann zuerst beschriebenen Hautveränderung, die er als **Livedo racemosa** bezeichnete. Es finden sich blaßrote Flecke unregelmäßig ausgebreitet, einem Stamme mit seinen Ästen gleichend. Ehrmann hatte auf Grund histologischer Untersuchungen für alle seine Fälle einen Zusammenhang mit Syphilis angenommen. Br. hebt hervor, daß die Hautveränderungen

Digitized by Google

auch ohne Anhaltspunkte für Syphilis vorkommen können. Histologisch ergaben sich nur ganz uncharakteristische Veränderungen.

b) Wohlgelungene Moulagen, an denen er erörtert, wie das **Erythema chronicum migrans** in zwei wohl unterscheidbaren Formen auftritt. Bei der einen Form finden sich girlandenähnliche Figuren, Scheiben und Ringe, die kommen und verschwinden, multipel bald hier, bald dort auftretend.

Br. beobachtete dieses Bild, von dem man sagen kann, daß es sich nur um ein atypisch lokalisiertes Erythem handelt, das die Prädilektionsstellen verloren hat.

Die interessantere Form ist diejenige, bei der das Erythem aus einem kleinen Fleck sich peripherwärts ausbreitet, dabei solitär vorkommend. Br. sah bei einem neurasthenischen Kranken in der Unterbauchgegend einen markstückgroßen Erythemflecken, der allmählich wuchs und sich in einzelne Papeln auflöste, welche das Aussehen eines tertiären Syphilids boten. Sonst kein Anhalt für Syphilis. Man sieht jetzt einen geröteten Saum, teils kontinuierlich durch Konfluenz, teils aufgelöst in einzelne Papeln. Die Affektion hat schließlich eine Breite von 34 cm erreicht. Leichtes Jucken, stärkeres Brennen. Die Probeexzision ergab nichts Charakteristisches.

Kaufmann-Wolff erinnert daran, daß der Ixodes ricinus solche Erytheme hervorrufen könne.

Bruhns bestätigt es; aber bei der Bildung so streng konzentrischer Figuren muß man eine parasitäre Ursache ausschließen und eher an eine toxische denken.

Saalfeld zeigt einen jungen Mann, der seit mehreren Jahren an **Nesselausschlag** leidet; gleichzeitig besteht chronische Nephritis. Die Nesseln tragen Bläschen an der Spitze, die aufgekratzt werden und heilen mit Hinterlassung eines bräunlichen Hofes und weißen Zentrums.

S. hält eine **Urticaria perstans papulosa** für vorliegend, die jedoch nicht in regelmäßigen Schüben auftritt, sondern nur im Sommer.

Ledermann meint, daß der heftige Juckreiz, die follikuläre Anordnung, das Herauskratzen bis zur Narbenbildung im Verein mit der chronischen Nephritis für Acne urticata spricht.

Ledermann stellt einen Fall hochgradiger **Melanosis** vor, dessen Ätiologie völlig im unklaren liegt. Es handelt sich um eine 46jährige, etwas schwächliche Postbeamtin, die 1908 an Lichen ruber gelitten, 1909 wenig Levicobrunnen getrunken, seitdem keine Arsenmedikation erhalten hatte. 1916 machte sie große psychische Aufregung durch. 1917 entwickelte sich eine auffällig rauchige Pigmentierung des Gesichts. Das Aussehen ist jetzt fast bläulichschwarz, auch am Rumpfe, besonders um den Nabel herum stellten sich Pigmentierungen ein. Schälpasten blieben ohne Wirkung. Wegen eines sich in der Folge entwickelnden, stark juckenden Ausschlages, der an Lichen acuminatus erinnert, wurde, weil äußerliche Mittel nichts nutzten, Arsen verordnet. Nach 300 Pillen schwanden Juckreiz und die Knötchen. Eine Arsenmelanose ist nicht anzunehmen, da die Pigmentierung schon vor der Arsendarreichung bestand. L. schließt weiter Addison, Ochronose, Bronzediabetes aus. Auch kommt die Melanose nicht in Betracht, welche man jetzt durch gewerbliche Schädigung sich entwickeln sieht. Entweder liegt eine bisher noch nicht bekannte Art von Pigmentierung bei Lichen ruber, oder eine andersartige, unbekannte Ursache zugrunde.

Bruhns hält es nicht für wahrscheinlich, daß ein Lichen eine solche Melanose machen könne.

Demgegenüber betont Ledermann, daß er eine toxische Ursache vermute in irgend welchem Zusammenhange mit dem überstandenen Lichen. Er wolle jetzt Ultrazeozon verordnen, um die Patientin vor den Lichtstrahlen zu schützen.

Digitized by Google

Pulvermacher gibt einen Überblick über die in der Charité zur Beobachtung kommenden gewerblichen Hautschädigungen, wie sie jetzt während des Krieges durch den Gebrauch von unreinen Teerprodukten und Schmierölen entstehen. Es sind Keratosen und Melanosen, oder beides kombiniert. Diese Krankheitsbilder täuschen vielfach andere Affektionen vor, so Lichen ruber pilaris und papulo-nekrotische Tuberkulide.

P. neigt nicht zu der Annahme, daß gewisse Formen von Melanose, bei denen äußere schädigende Ursachen zu fehlen scheinen, allein durch die Annahme einer chronischen Intoxikation zu erklären seien. Er meint, daß, wenn auch vorübergehend, doch schädliche äußere Einflüsse mit im Spiele wären.

Heller hält es nicht für wahrscheinlich, daß Melanosen schon durch vorübergehenden Gebrauch eines hautschädigenden Mittels wie etwa durch Waschen mit Kriegsseife, entstehen könnten.

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Über die Behandlung der Kinderblennorrhoe mittels der „Fiebertherapie" (Weiss), von Engwer. (M. m. W., 1916, Nr. 45.) Ein Fall von blennorrhoischer Vulvovaginitis wurde mit einem heißen Bade behandelt. Temperatur des Bades wurde allmählich auf 42—44° gesteigert und diese Temperatur über eine halbe Stunde möglichst erhalten. Rektalmessung des Kindes nach dem Bade 40°. Prompte Heilung.

A. Witte-Bremen.

Über die Behandlung der Vulvovaginitis blennorrhoica bei Kindern mit Tierkohle (Merck), von Hans Géber-Kolozsvár. (W. kl. W., 1917, Nr. 9.) Das Verfahren besteht darin, daß nach einer Ausspülung der Vagina mit nachheriger Austrocknung derselben Tierkohle eingeblasen wird. Nach den mitgeteilten Fällen stellen sich Besserung und Heilung sehr bald ein. H. Vörner-Leipzig.

Aktuelles über die Blennorrhoe des Weibes, von C. Bucura-Wien. (W. kl. W., 1917, Nr. 24.) Beschäftigung mit der Frage, weshalb es so viele unausgeheilte Fälle bei Frauen gibt. Weiter folgen Bemerkungen über Diagnostik, Behandlungstechnik und schließlich ein Hinweis darauf, daß nur auf diesem Gebiete geschulte Ärzte die Behandlung der Blennorrhoe der Frau übernehmen sollen. (Bezüglich des Titels ist zu bemerken, daß man die Blennorrhoe als Krankheit nicht in eine männliche oder weibliche einteilen darf, sondern nur in eine solche der Männer oder Weiber. D. R.)

H. Vörner-Leipzig.

Chronische blennorrhagische Urethritis bei der Frau, von Léon Bizard und Paul Blum. (Presse méd., 1917, Nr. 5.) Der chronische Harnröhrentripper der Frau ist als selbständige Erkrankung wenig beachtet, obwohl er an Häufigkeit gleich hinter der Erkrankung des Uterus kommt. Die Ursache für die Chronizität sind wiederholte Schädlichkeiten, die den Körper oder das Genitalsystem treffen, Reiten, Radfahren, Exzesse in alcoholo et venere usw. Die klinischen Symptome sind äußerst geringfügig: meist ist der Morgentropfen das einzige Symptom. Die chronische Urethritis kann als solche auftreten oder sich an eine akute Erkrankung anschließen. Klinisch kann man die Erkrankung des Harnröhrenkanals, der Region des Meatus und der Drüsen unterscheiden. Die Behandlung besteht in Massage, Spülungen und Pinselungen.

R. Frühwald-Leipzig.

Zur Diagnose der Blennorrhoe beim Weibe, von J. Bucura-Wien. (Klin. ther. Wschr., 1916, 23/24.) Einstellung der Portio im Spekulum, Desinfektion des äußeren

Digitized by Google

Muttermundes und des unteren Teiles der Zervix mit Alkohol oder Jodtinktur, Auswischen des ganzen Zervikalkanales mit steriler Watte, Einführen des der Rekordspritze aufgesetzten Uretherenkatheters mittels Pinzette in das Uteruskavum bis hinauf zu den Tubenecken, langsames Aspirieren einiger Tropfen Sekretes. Es gelingt hier der einwandfreie Gonokokkennachweis. W. Chrzelitzer-Posen.

Über die „Fieberbehandlung" der Vulvovaginitis blennorrhoica bei kleinen Mädchen, von Ylppö. (Ther. Mh., 1916, H. 12.) In dem Kaiserin-Auguste-Viktoria-Hause wurde es erreicht, daß bei einem elenden, $4^1/_2$ Jahre alten Kinde nach siebenmaligem heißen Bade (41—42°) die Gonokokken aus Vulva und Rektum verschwanden. E. Brinitzer-Altona.

Zur vaginalen Tanargentan-Bolus-Trockenbehandlung, von Hirsch. (Frauenarzt. 1914, Nr. 8.) H. sah bei der Behandlung mit Tanargentan-Bolus (Einblasung in die Vagina) günstige Erfolge bei Zervixkatarrhen, bei Verletzungen der Vagina, Erosionen, Ulzerationen, sowie bei Fällen von Fluor, die ihre Ursache in Konstitutionsanomalien haben. E. Brinitzer-Altona.

Die vaginale Trockenbehandlung mit Bolus-Biozyme, von Berg. (D. m. W., 1916, Nr. 14.) B. hat bei der Behandlung von blennorrhoischem und nichtblennorrhoischem Fluor mit Bolus-Biozyme — hergestellt von der Firma Vial und Uhlmann — gute Resultate erzielt. E. Brinitzer-Altona.

Über die Behandlung der Frauenblennorrhoe mit Protargolsalbe, von E. Kuznitzky-Breslau. (M. m. W., 1916, Nr. 46.) Die Novinjektolsalbe (Protargol 6,0, Aq. dest. 24,0, Eucerin. anhydric. Adip. lanae ää 35,0) wird auf einem Wattetampon im Spekulum an den äußeren Muttermund geführt. Ein zweiter Tampon wird vorgelegt. Die Tampons bleiben 12 Stunden liegen. Darauf Reinigungsspülung mit 1—2 Liter möglichst heißem Wasser. Dann Spülung mit 1 Liter Sol. hydrargyr. oxycyanat. 1,0 : 5000,0. In die Urethra 20%ige Protargolstäbchen. 98 Fälle wurden behandelt, darunter 57 unkomplizierte, von denen 51 dauernd gonokokkenfrei blieben. Methode bei Prostituierten von großem Vorteil, weil sie die Möglichkeit der Infektion erheblich herabsetzt. A. Witte-Bremen.

Bemerkungen zur Behandlung der Blennorrhoe beim Manne, von Joh. Roth-Köln. (M. m. W., 1917, Nr. 2.) Roth legt den größten Wert auf exakteste Diagnosenstellung, vor allem auch auf die Auffindung eventueller Retentionen in den Adnexen der Urethra. Das sicherste Mittel zur diagnostischen Provokation sieht Roth in intramuskulären Arthigoninjektionen. Chemische Reizeinspritzungen werden ganz verworfen. Für die Injektionsbehandlung leistete das Albargin (0,5—1,0 : 1000,0) die besten Dienste. Bei allen Komplikationen wendet Roth das Arthigon mit bestem Erfolge an. Bei allen akuten Komplikationen (Prostatitis acuta, Periurethritiden der Anterior, Epididymitis acuta) sah Roth vom Kollargol (Heyden) in intravenöser Anwendung gute Resultate. Kein Fall soll ohne Expression der Prostata und der Adnexe nebst mikroskopischer Untersuchung für geheilt erklärt werden. A. Witte-Bremen.

Chronische Blennorrhoe, von William S. Barnes-New Haven, Conn. (New York m. J., 7. Okt. 1916.) B. gibt eine kurze Schilderung, wie man sich im allgemeinen bei chronischer Blennorrhoe verhalten solle. Nachdem man sich überzeugt hat, daß der Ausfluß keine Gonokokken enthält, wäre der nächste Schritt, nach eventueller Striktur zu forschen. Dann folgt die Zweigläserprobe, und nun wird die Blase mit einer schwachen Lösung von übermangansaurem Kalium gefüllt und zwar zu dem doppelten Zwecke, als Schutz gegen den Druck bei der Massage von Prostata und Samenbläschen zu dienen und alles Material, das während derselben ausgedrückt wird, auszuräumen. Auch das durch Massage gewonnene Sekret sollte auf Gonokokken untersucht werden;

Digitized by Google

ebenso wichtig ist es, die verschiedenen im Sekret vorhandenen Epithelzellen zu unterscheiden. Es ist dadurch möglich, festzustellen, ob sie aus Harnröhre, Ductus ejaculatorii, Prostata und Samenbläschen stammen und welches dieser Organe hauptsächlich befallen ist. Steht es fest, daß am hinteren Teile der Harnröhre das Leiden sitzt, so nimmt B. die Endoskopie desselben vor, womit nicht nur die Diagnose gesichert, sondern auch die Lokaltherapie verbessert werden kann. Eine Kombination von endoskopischer mit Dilatationsbehandlung (Kollmannscher Dilatation) wird häufig günstige Resultate bei hartnäckigen, auf Blennorrhoe beruhenden Harnröhrenaffektionen bringen. B. fügt in ausführlicher Weise ein sehr lehrreiches Beispiel dieser Art bei, wo durch die kombinierten Behandlungsmethoden nach $1^1/_2$ Jahren ein ganz besonders hartnäckiger Fall (von alter Blennorrhoe der hinteren und vorderen Harnröhre) völlig zur Heilung gebracht wurde. Eine genaue Diagnose ist, kurz gesagt, die wichtigste Vorbedingung der Heilung. Mikroskop und, wenn erforderlich, Reinkulturen geben wertvolle Aufschlüsse. Einführung geeigneter Instrumente, verbunden mit Anwendung von Gegenreizung mittels Arg. nitr.-Lösungen lassen die Heilung in befriedigendster Weise erwarten. M. Stern-München.

Heilung chronischer Blennorrhoe durch Elektrolyse, von Charles Russ. (Lancet, 9. Dez. 1916.) Verf. empfiehlt die elektrolytische Behandlung nur für die chronischen Fälle mit Eiter und Kokken. Alle Injektionen und Spülungen werden sistiert (Beruhigung der gereizten Urethralschleimhaut) und neben der elektrolytischen Behandlung, die alle 2—3 Tage stattfindet, nur Oleum Santali und Gonokokkenvakzine gegeben. Auch eine blennorrhoische Kniegelenksentzündung und eine Epididymitis sah Verf. ohne weitere örtliche Maßnahmen abheilen. Die Anzahl der Sitzungen ist freilich oft sehr groß (28). Ein unangenehmes Vorkommen bei der Behandlung ist die spastische Kontraktion der Harnröhre um den stromdurchflossenen Katheter. Durch Umwenden des Stromes oder Injektion von Stovain löst man den Spasmus.

M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Ein Vakuumbougie zur Behandlung der chronischen Blennorrhoe, von A. Cambell. (Brit. m. J., 10. Juni 1916.) Der Verfasser sucht vermittels eines an eine Art von Quecksilberpumpe angeschlossenen Bougies, das in der Harnröhre ein Vakuum erzeugt, eine Hyperämie und Resorption in den subepithelialen Geweben zu erzeugen und die Drüsen und Lakunen zu entleeren. A. Gunsett-Straßburg.

Blennorrhoe und ihre Komplikationen, Behandlung mit der atoxischen Antigonokokkenvakzine von Nicolle und Blaizot, von A. Hyman-New York. (New York m. J., 12. Aug. 1916.) Eine Reihe von 25 Fällen von Blennorrhoe, die mit einer oder mehreren Komplikationen behaftet waren, wurde mit diesem Impfstoff behandelt, lokale Behandlung aber gleichzeitig unterlassen. Sieben der Fälle (= 28%) wurden endgültig geheilt, wovon zwei mit brillantem Resultat; Fälle von Epididymitis wurden nur in geringem Grade beeinflußt. Chronische Prostatitis zeigte jedoch den höchsten Prozentsatz der Heilung. In den wenigen Fällen von Tripperrheumatismus war eine ziemlich ausgesprochene Besserung zu konstatieren, vorübergehende Besserung oft im Verlaufe der Behandlung, die dann bei Unterbrechung derselben von Rückfällen gefolgt war. Die Gonokokken-Komplementfixations-Probe ward in keinem der Fälle beeinflußt. Der Impfstoff erwies sich als völlig unschädlich, toxische Erscheinungen entwickelten sich niemals. Im ganzen kann aus diesen Erfahrungen geschlossen werden, daß die atoxische Gonokokkusvakzine, obwohl zuweilen von ausgezeichneten Resultaten begleitet, in ihrem Einflusse ziemlich unkonstant ist und man in einem gegebenen Falle nicht auf sie absolut sich verlassen kann. Der Heilungsprozentsatz war in H.s Fällen nicht

Digitized by Google

höher als mit den gewöhnlichen Behandlungsmethoden, aber H. hofft, daß sie durch künftige Verbesserung konstantere Resultate geben wird. M. Stern-München.

Über intravenöse Vakzinebehandlung blennorrhoischer Komplikationen, von Arthur Weiss-Wien. (W. kl. W., 1916, Nr. 20.) Aus den Ausführungen des Verf. geht hervor, daß die intravenöse Vakzineinjektion einen wesentlichen Fortschritt in der Behandlung der Blennorrhoe und ihrer Komplikationen bildet und daß dieses dem intramuskulären Verfahren überlegen ist. Wenn auch einzelne Mißerfolge zu verzeichnen sind, so erfährt doch die Heilung der Komplikationen eine erhebliche Abkürzung, während eine günstige Beeinflussung des urethralen Prozesses oft unverkennbar ist.

H. Vörner-Leipzig.

Nachträgliche Bemerkung zu dem Artikel: Über intravenöse Vakzinebehandlung blennorrhoischer Komplikationen, von Arthur Weiss-Wien. (W. kl. W., 1916, Nr. 24.) Mitteilung, daß Prof. Brucks erste Arbeit über das Vakzinationsverfahren bei Blennorrhoe bereits 1909 in der Deutschen medizinischen Wochenschrift, Nr. 11, veröffentlicht wurde. H. Vörner-Leipzig.

Über reaktionslose intravenöse Injektionen von Fulmargin bei den Komplikationen der Blennorrhoe, von Pakuscher. (B. kl. W., 1917, Nr. 20.) Fulmargin ist eine 1‰ige elektrisch zerstäubte kolloidale Silberlösung, bei deren Anwendung die den anderen kolloidalen Silberlösungen anhängenden unerwünschten und gefährlichen Nebenwirkungen nicht beobachtet worden sind. Epididymitis wurde am günstigsten beeinflußt, überraschend auch Gelenkerkrankungen; letztere um so schneller, je frischer sie waren. Das Mittel wurde täglich intravenös (gewöhnlich eine Ampulle = 5 ccm) gegeben. Keine Wirkung ergab sich bei der Prostatitis. E. Klemm-Leipzig.

Abortive Bakteriotherapie akuter Ophthalmoblennorrhoen, von Paul v. Szily und Aladar Sternberg. (M. m. W., 1917, Nr. 4.) Sofort nach der bakteriologischen Feststellung der Augenblennorrhoe werden dem Patienten 1 ccm von 500 Millionen etwas karbolisierter lebender, frisch gezüchteter Typhusbazillen (Vakzine) subkutan injiziert. Einige Stunden nach der Injektion ist das Augenlid abgeschwollen, der Schmerz geschwunden. Sekretion geht rasch zurück, die Erreger verschwinden. Ältere, nicht virulente Typhusvakzine erwies sich als völlig wirkungslos. 14 Fälle von Ophthalmoblennorrhoe bei Erwachsenen (überall Gonokokken positiv) werden in kurzen Krankengeschichten mitgeteilt. A. Witte-Bremen.

Zur Abortivbehandlung der Ophthalmoblennorrhoe. Bemerkung zum Demonstrationsvertrag des Herrn Priv.-Doz. L. Müller in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien, am 1. Dez. 1916, von R. Possek. (W. kl. W., 1917, Nr. 3.) Der Verfasser weist darauf hin, daß in ähnlicher Weise, wie durch Milchinjektionen, schon durch andere Methoden eine abortive Heilung der akuten Ophthalmoblennorrhoe erzielt wurde. Fälle, bei welchen Bakteriotherapie angewendet wurde, werden aus früheren Jahren angeführt. Weitere 25 Fälle sollen in der nächsten Zeit mitgeteilt werden, welche der Verfasser auf seiner eigenen Abteilung beobachtete. H. Vörner-Leipzig.

Zur Behandlung der Blennorrhoe des Auges mit Milchinjektionen, von Ernst Bechstez. (W. m. W., 1917, Nr. 37.) Mitteilung von fünf Fällen. Eine Abkürzung des Krankheitsverlaufes durch die Milchinjektionen konnte in keinem Falle festgestellt werden. H. Vörner-Leipzig.

Zwei Fälle von isolierter blennorrhoischer Erkrankung paraurethraler Gänge, von Alexander Hellwig. (Diss., Bonn 1916.) Mit Rona und Lichtenberg betrachtet auch der Verfasser die beiden beobachteten Raphegänge als Abkömmlinge versprengter Teile des Urogenitalseptums, als Gebilde, die histologisch und entwicklungsgeschichtlich

Digitized by Google

zur Urethra gehören und die vielleicht den Lakunen und den Littréschen Drüsen analog sind. Für die meist auffallende Tatsache, daß das Epithel der paraurethralen Hauptgänge von Plattenepithelzellen gebildet wird, finden sich auch in der normalen Harnröhre Analogien: Plattenepithel der Fossa navicularis, Plattenepithelinseln in der Harnröhre.

W. Chrzelitzer-Posen.

Blennorrhoische Infektion der Urethraldrüsen, von Albert Lefort-Roistel. (New York m. J., 22. April 1916.) Die Follikulitis, wie die alte Bezeichnung für obige Affektion lautet, wird nach den klinischen Erscheinungen in eine akute, subakute und chronische Form eingeteilt. Erstere wird selten als solche diagnostiziert, da sie meist im akuten, stürmischen Stadium der Blennorrhoe völlig in den Hintergrund tritt. Viel wichtiger ist die subakute Form, welche durch Verklebung der äußeren Harnröhrenöffnung, Röte derselben, durch verschiedene kleine, bei Palpation schmerzhafte, schrotkorngroße und in die Schleimhaut der Harnröhre eingebettete Tumoren charakterisiert ist. Diese Form der Follikulitis hat ausgesprochene Neigung, sich zur akuten wieder zu verwandeln und erfordert sehr sorgsame intraurethrale Behandlung. Bei der chronischen Form, welche der vorhergehenden bei mangelnder Behandlung meist folgt, sind geringer, leicht gelblicher, mehrmals täglich sich zeigender Ausfluß vorhanden und bei sorgfältiger Untersuchung in der Nachbarschaft der Fossa navicularis ein oder mehrere Knötchen zu finden, jedoch ohne Rötung des Meatus. Eine Follikulitis endet in Resolution oder geht in komplizierten Fällen über in Abszeß, Fisteln und Strikturen. Differentialdiagnostisch kommen vor allem intraurethraler, weicher und harter Schanker, Gumma des Penis, auch in der Harnröhre lokalisierte Tuberkulose in Betracht. Die Behandlung, welche in jedem Falle eine sorgsame zur Verhütung der Folgen sein muß, läßt L. hier außer Betracht.

M. Stern-München.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über Rheumatismus, von H. Quincke-Kiel-Frankfurt a. M. (D. m. W., 1917, Nr. 33.) Quincke gibt eine klinische Analyse des auch heute noch völlig unklaren Sammelbegriffs: Rheumatismus — kein Wunder bei dem auffallenden Tatsachenmangel an normal-anatomischen und pathologisch-anatomischen Grundlagen. Der akute und chronische Gelenkrheumatismus wird kurz besprochen. Die Arthritis deformans ist vom chronischen Gelenkrheumatismus abzugrenzen. Eine eingehende Würdigung erfährt der Muskelrheumatismus. Verfasser vergleicht die Schwellungen bei der akuten Myalgie, die rheumatischen Schwielen und Knötchen mit den vorübergehenden Schwellungen der Haut bei Urtikaria und Oedema acutum circumscriptum (Quinckes Ödem). Die Erkältung wirkt durch Auslösung von Reflexen auf vasomotorische und trophische Nerven der Bindesubstanzen. Zum Schluß folgt eine lesenswerte kurzgefaßte Diagnostik des komplizierten Gebietes sowie therapeutische Aphorismen.

P. Unna jun.

Verschiedenes.

Dr. Otto Ringleb, Privatdozent für Urologie in Berlin, erhielt den Titel Professor.

Prof. Salomon Ehrmann wurde für 1918/19 zu einem der Vorsitzenden der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien gewählt.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

13. April 1918 | Nr. 15 | Band 66

Zur gegenwärtigen Bartflechten-Epidemie.

Von

Prof. C. Bruhns in Charlottenburg.

Der Aufforderung des Herrn Kollegen Galewsky in Nr. 5 dieser Wochenschrift[1]) folgend, in eine Aussprache über die jetzige epidemische Verbreitung der Trichophytien einzutreten, möchte ich mir nur einige Bemerkungen auf Grund unserer im Charlottenburger städtischen Krankenhause (mit Vereinslazarett) während des Krieges gesammelten Beobachtungen erlauben. Auch wir haben natürlich die bedeutende Häufung von Bartflechten konstatieren können und müssen nach unseren Beobachtungen annehmen, daß bis heutigen Tages die Ausbreitung der Erkrankung noch immer sehr im Ansteigen begriffen ist. Unsere Fälle stammen zum weitaus größeren Teil aus den Garnisonen Groß-Berlins. Nur ein verhältnismäßig geringer Bruchteil der Befallenen brachte die Trichophytie direkt aus anderen Gegenden Deutschlands oder aus den besetzten westlichen oder östlichen außerdeutschen Gebieten mit. Immerhin müssen wir aber doch die jetzt hier so häufig vorkommenden Fälle von Trichophytie zum großen Teil auf ursprüngliche Einschleppung von außen her zurückzuführen, wenn wir auch trotz darauf gerichteter Beobachtungen bis jetzt an unseren Fällen zufällig noch keine anderen als die auch sonst schon hier beobachteten Pilzsorten feststellen konnten. Allerdings konnte ja längst nicht von jedem vorkommenden Falle abgeimpft werden.

Von den in unserem Laboratorium von Dr. Alexander gezüchteten Kulturen sind von 73 Patienten einzelne Stämme aufgegangen. Die Abimpfungen waren wesentlich häufiger, aber längst nicht alle ergaben eine zur Diagnose verwertbare Reinkultur, besonders auch deshalb nicht, weil die Beschaffung des Nährbodenmaterials, speziell der geeigneten Maltose, wegen der Kriegsverhältnisse in genügender Menge nicht möglich war. Infolgedessen konnten auch längst nicht alle der von uns in den Kriegsjahren beobachteten Fälle von Trichophytie, die sich im ganzen auf mehrere Hunderte schätzen lassen, abgeimpft werden.

[1]) Zur gegenwärtigen Bartpflechten-Epidemie. Offener Brief an die Redaktion.

Digitized by Google

Von diesen 73 Kulturen, die ganz vorwiegend von Soldaten des Lazaretts, nur in geringer Zahl von Zivilpersonen unseres Krankenhauses aus der Zeit des Krieges stammten, erwiesen sich

24 Fälle als Trichophyton gipseum,
37 „ „ „ cerebriforme,
12 „ „ Epidermophyton inguinale.

Betreffs der letzten Gruppe ist zu bemerken, daß wir die gewöhnlichen typischen Fälle von Eczema marginatum nur in geringer Zahl abgeimpft haben, da sie kaum etwas Neues oder Unerwartetes zu bieten vermögen. Sechs Kulturen von Epidermophyton inguinale stammten von typischen Fällen, dagegen rührten die anderen sechs Kulturen von einem klinischen Krankheitsbilde her, das von dem bekannten Bilde des in der Leistengegend lokalisierten Eczema marginatum abwich. Fünf Patienten hatten flache, runde oder konfluierte Herde am Halse bzw. am Rumpfe, einer zwischen den Fingern. Die Herde am Rumpfe zeigten zum Teil die bekannte Entstehung nach Applikation feuchter Umschläge[1]). In zwei dieser Fälle gaben die Patienten mit großer Bestimmheit an, daß zuerst die Herde am Rumpfe und dann sekundär ein Befallensein der typischen Stellen in den Inguines sich gezeigt hätten. Die Herde am Halse und Rumpfe ließen makroskopisch nicht ohne weiteres erkennen, daß es sich um atypisches Eczema marginatum handelte. Erst durch die Kultur wurde dies sicher.

Umgekehrt erwies sich die Lokalisation in den Inguines nicht immer als Eczema marginatum. Zweimal wuchs das Trichophyton gipseum. Allerdings ließ schon die vorhandene leichte oder stärkere Infiltration der Hautherde darauf schließen, daß hier nicht das Epidermophyton inguinale als ätiologischer Faktor in Betracht komme.

Die Kulturen des Trichophyton gipseum haben wir alle als die Form des Trichophyton gipseum asteroides gedeutet. Die von W. Fischer[2]) in einigen Fällen auch festgestellte Art von Trichophyton gipseum granulosum ließ sich in unseren Fällen nicht identifizieren. Allerdings haben wir bei den Kulturen, deren Ursprung meist längere Zeit zurückliegt, auch nicht die von Fischer angegebene Abimpfung auf Peptonagar vorgenommen, so daß uns dadurch immerhin wohl ein oder der andere Stamm, der sich nun vielleicht als Trichophyton gipseum granulosum erwiesen hätte, entgangen sein könnte. Erwähnt sei noch als besondere klinische Form ein durch das Trichophyton gipseum veranlaßter Fall von Trichophytie des Nagelbettes. Die Erkankung verlief unter dem Bilde einer an sich uncharakteristischen Paronychie. Durch das gleichzeitige

[1]) Cf. Alexander, Arch. f. Derm., Bd. 113. — [2]) D. m. W., 1917, Nr. 30.

Digitized by Google

Bestehen eines typischen Trichophytonherdes am Arme, konnte erst die klinische Diagnose gestellt werden.

Von unseren 37 Fällen von Trichophyton cerebriforme hatten nach ihren Angaben 13 die Infektion in Groß-Berlin erlitten, 4 in Nachbarorten Berlins, 6 in Westdeutschland, Danzig und anderen Teilen Deutschlands, je 1 in Belgien, Bialystok, Dünaburg. Bei 10 war die Infektion nicht mehr feststellbar. Von den 24 Gipseum-Fällen hatten 14 sich in Groß-Berlin infiziert, 2 in anderen Gegenden Deutschlands, je 1 in der Gegend von Dünaburg, in einem anderen Orte Rußlands und in Nordfrankreich, bei 5 war der Ansteckungsort unbekannt. Die 8 Fälle von Epidermophyton inguinale endlich, bei denen der Übertragungsort feststellbar war — bei 4 war er nicht mehr zu ermitteln — stammten sämtlich aus Deutschland, davon 6 aus Groß-Berlin.

Wenn es uns auffiel, nicht gelegentlich fremden Pilzsorten, wie Trichophyton rosceum von dem Bessunger[1]) z. B. in Elberfeld eine kleine Epidemie erlebte u. a. begegnet zu sein, so sei übrigens erwähnt, daß doch auch Fischer unter seinen 114 angegangenen Stämmen keine allzu große Zahl von fremden Pilzen fand. Neben 86 Fällen von Trichophyton cerebriforme und gipseum (80mal cerebriforme) gibt er 14 Fälle von Trichophyton gipseum granulosum an, die aber zum größeren Teil einer von zwei Verwundeten aus Nordfrankreich eingeschleppten Epidemie entstammten. Daneben sah er noch 7mal Trichophyton rosaceum, das bei uns noch neu ist, und je 1—2mal Trichophyton equinum, violaceum, faviformen Typ, Microsporum novum und Favus. Übrigens sahen wir relativ oft Trichophyton gipseum, Fischer gab das Verhältnis von Trich. gipseum zu cerebriforme vor dem Krieg hier an wie 10 : 80, bei uns war es 24 : 37.

Was die Prophylaxe der Trichophytien anlangt, so ist die strenge Einhaltung der Vorschriften über die Hygiene der Barbierstuben und besonders häufige Kontrolle der Vorschriften jetzt natürlich besonders notwendig. Daß der Barbier sich vor der Bedienung jedes Kunden sorgfältig wäscht, daß der Rasierpinsel ganz wegfallen sollte (Einseifen mit der Hand), daß Papierservietten, soweit diese noch vorhanden sind, verwerden sollten, ist oft genug betont worden. Die Kunden sollten jetzt angehalten werden, möglichst selbst Servietten oder Taschentücher zum Abtrocknen und zum Umlegen um den Hals unter den Frisiermantel mitzubringen. Jeder aber, der es irgend vermag, soll sich selbst rasieren. Ferner müßten vor allem auch für die schon Erkrankten, die sich nicht selbst rasieren können, besondere Rasierstätten zur Ver-

[1]) Derm. W., 1917, Nr. 36.

Digitized by Google

fügung stehen. Mit Recht klagen die Erkrankten darüber, daß sie oft nirgends eine Gelegenheit, rasiert zu werden, finden, da sie, wenn sichtbar erkrankt, in den Babierstuben wegen des übrigen Publikums abgewiesen werden. Es müßten von der Behörde einige Barbierstuben bezeichnet werden, wo Trichophytiekranke unter allen Kautelen der Desinfektion rasiert werden können. Für die an ansteckender Bartflechte ambulant behandelten Militärpersonen müßte in den Lazaretten die Gelegenheit, sich rasieren zu lassen, eingerichtet werden und den Betreffenden das Aufsuchen einer öffentlichen Barbierstube unter Strafandrohung verboten werden. Daß aber heute auch außerhalb der Barbierstuben viele Trichophytien übertragen werden, ist zweifellos, ich erinnere z. B. nur an die Polster der Eisenbahnwagen und andere.

Die in größerer oder geringerer Zahl in verschiedenen Lazaretten auftretenden Epidemien von Eczema marginatum, die ich, ebenso wie Fischer [1]) und Galewsky [2]) bei meinen fachärztlichen Beratungen hier manchmal in ziemlich erheblicher Zahl beobachten konnte, waren in ihrer Entstehung und Ausbreitung nicht immer leicht zu ergründen. Neben der Übertragungsmöglichkeit durch gemeinsam gebrauchte Wäsche, durch Thermophore, Umschläge usw. sollte besonders, worauf auch Galewsky hinweist, auf die Infektion durch die Klosetts (Schutz durch aufgelegte Papierbedeckung!) geachtet werden.

Therapeutisch haben wir die üblichen antiparasitären Mittel, Jodtinktur, Schwefelsalben u. a. m., angewendet. Auch die von Galewsky empfohlene Lenigallol-Schüttelmixtur (10%) hat sich uns bei oberflächlichen Fällen sehr gut bewährt. Frühzeitig muß die Epilation einsetzen, weil ja doch oft genug, auch bei scheinbar ganz flachen Herden, die Pilze schon in den Haarwurzeln sitzen. Am besten geschieht die Haarentfernung sicherlich durch Röntgenbestrahlung, und man soll die Bestrahlung (als Tiefenbestrahlung) in verhältnismäßig weiter Umgebung des sichtbar befallenen Herdes vornehmen. Natürlich muß man, um die Enthaarungsdosis zu geben, seinen Röntgenapparat gut in der Hand haben. Nicht in jedem Lazarett wird diese ganz präzise Ausdosierung durchgeführt werden können, und wo die Enthaarung durch Röntgen nicht vorgenommen werden kann, muß wenigstens die Epilation mit der Pinzette ausgeführt werden. Im übrigen kommt ja die Röntgentherapie auch für die Resorption der tiefen Infiltrate in Betracht. Wenn aber W. Fischer oberflächliche Herde nicht gern bestrahlen will, weil er eine rasche Propagierung des Prozesses in die Tiefe fürchtet, so kann ich nicht recht einsehen, warum dadurch diese Ausbreitung so leicht stattfinden sollte.

---

[1]) D. m. W., 1915, Nr. 48. — [2]) M. m. W., 1917, Bd. 13, S. 472.

Digitized by Google

Vielmehr meine ich, man sollte aus der Tatsache, daß doch die Haare auch bei den oberflächlichen Herden schon zum großen Teil befallen sind, die Konsequenz ziehen und auch bei flachen Herden in behaarter Gegend die Epilation durch Röntgen vornehmen, sonst wenigstens mit der Pinzette epilieren.

Betreffs des Rasierens wird den Patienten öfter angeraten, davon ganz abzusehen, da durch das Abtrocknen usw. die Pilze zu leicht auf die noch gesunden Stellen übertragen würden. Ich glaube, daß dagegen das Stehenlassen des Bartes viel zu sehr verhindert, daß unsere Medikamente mit den kranken Stellen ordentlich in Berührung kommen und dies das größere Übel sein würde. Ich empfehle daher doch immer, den Bart wenigstens in Zwischenräumen von einigen Tagen durch Rasieren zu entfernen.

Neben der Röntgentherapie möchte ich aber noch vor allem die im allgemeinen noch viel zu wenig geübte Wärmebehandlung, womöglich mit Thermophoren betonen. Bei allen tiefer infiltrierten Herden lassen wir in unserem Krankenhaus die Patienten möglichst dauernd während des Tages die an die elektrische Leitung angeschlossenen Thermophore umgebunden tragen und erreichen dadurch verhältnismäßig rasch die Aufsaugung auch der größten Infiltrate, auch in den Fällen, in denen aus äußeren Gründen nicht geröntgt wurde. Natürlich werden wir am besten die verschiedenen Methoden nebeneinander anwenden, auch eventuell noch die von Klingmüller jüngst empfohlene Methode der Terpentineinspritzung, über die mir allerdings bis jetzt die eigene hinreichende Erfahrung noch fehlt. Aber jedenfalls sollte neben der Röntgenbehandlung vor allem die Wärmebehandlung recht reichlich angewendet werden soweit sie zu ermöglichen ist. Und da diese Behandlung mit Wärme, da gegenwärtig wohl Leinsamen und Breiumschläge oder haltbare Gummithermophore kaum mehr zu haben sind, nur ausnahmsweise im Hause ausführbar ist, gehören m. E. alle an tiefer Trichophytie Leidenden in klinische Behandlung. Nur oberflächlicher Herpes tonsurans sollte ambulant behandelt werden. Aber auch dann muß durch gutsitzende Verbände die Gewähr geschaffen werden, daß keine Weiterübertragung erfolgt.

Digitized by Google

Zur Behandlung der Blasenschwäche und der Enuresis nocturna [1]).

Von

Frauenarzt Dr. W. Schrader in Hamburg.

Die Enuresis nocturna gilt von jeher als eine Crux medicorum, braucht es aber nicht zu sein.

Vor etwa 15 Jahren hielt ich in der hiesigen „Geburtsh. Gesellschaft" einen kleinen Vortrag über „Blasenschwäche und Enuresis nocturna". Bei dieser Gelegenheit gab ich eine Behandlung an, von der ich erwartete, sie würde zum Gemeingut der Ärzte werden, einmal, weil diese Behandlung sehr wirkungsvoll ist, und weil sie den pathologisch-anatomischen Verhältnissen entsprach, die dieses Leiden bedingen. Merkwürdigerweise hörte ich von keiner Seite, daß mein Verfahren Anklang gefunden hatte. Es wurde weder nachgeprüft, noch fand es Billigung, noch wurde es abgelehnt, nur Stillschweigen erfolgte.

Als ich für den heutigen Abend den damaligen Vortrag in den Berichten der „Geburtsh. Gesellschaft" suchte, stellte es sich heraus, daß er in denselben gar nicht zu finden ist. Die Berichte der betreffenden Jahre zeichnen sich allerdings durch eine nichtssagende fragmentarische Kürze aus. Jedenfalls ist damit die Erklärung gefunden, warum meinem Vortrage keine Beachtung zuteil geworden war. Es ist dies um so bedauerlicher, als ich mit meiner Behandlungsweise niemals einen Versager erlebt habe, trotz Hunderter von Fällen. Rückfälle kamen allerdings auch zur Beobachtung, aber stets genügten wenige Sitzungen zum Dauererfolge.

Meistens wird die Blasenschwäche als die Folge einer katarrhalischen Erkrankung angesehen, was irrig ist und die Mißerfolge einer jeden diesbezüglichen Therapie erklärt. Die Befunde des Harns sind frei von Bestandteilen, die auf Katarrh zurückzuführen sind. Die Engländer sehen deshalb diese Erkrankung als „reizbare oder nervöse" Blase an, und doch ist es nur als ein tatsächliches Unvermögen zu betrachten, den Harn in normaler Weise zurückzuhalten.

Die Mechanik der Harnentleerung spielt sich physiologisch bekanntlich folgendermaßen ab: Bei einem gewissen Füllungsgrade der Blase preßt der Detrusor vesicae den Harn durch den schwachen unwillkürlichen Sphincter int. in den Blasenhals. Sobald der Harn den

[1]) Gelegentliche Ausführungen zu einer Aussprache im Hamburger Ärztl. Verein am 6. Nov. 1917.

Digitized by Google

Sphincter ext., welcher dem Willen des Trägers unterworfen ist, erreicht, wird der Sphincter ext. in Tätigkeit gesetzt und der Harn willkürlich zurückgehalten und durch die Ringmuskulatur des Blasenhalses zurück nach der Blase gedrängt. Sobald sich die Blase nun noch mehr füllt, kommt es zum Zweikampf zwischen Detrusor einerseits und den beiden Sphinkteren andererseits, bis es zur willkürlichen Entleerung kommt, oder — der Sphincter ext. erlahmt und der Harn geht unfreiwillig ab.

In unseren Fällen von Blasenschwäche sowie Enuresis nocturna sind die Sphinkteren und der Blasenhals zu sehr geschwächt, um ein normales Zurückhalten zu ermöglichen. Dieses pathologische Verhalten des Blasenhalses und der Sphinkteren läßt sich in allen diesen Fällen schon durch die Digital-Untersuchung auf ganz bestimmte anatomische Veränderungen zurückführen.

Normalerweise bildet der Blasenhals einen deutlich konfigurierten, festen Wulst.

In unseren Krankheitsfällen sind der Blasenhals und der Sphincter int. völlig erschlafft, platt, weich, nicht mehr konfiguriert. Der Blasenhals ist sehr druckempfindlich, es entsteht bei Druck ein stechendes Harndranggefühl. (Patientin zeigt ängstlichen Gesichtsausdruck, und, wenn nicht darauf vorbereitet, möchte Patientin aufspringen zum Wasserlassen.)

Viele Patienten können jahrelang wegen gynäkologischer Leiden den Arzt konsultieren, ohne je über ihr Blasenleiden zu klagen, weil sie oder ihre Bekannten doch keine Hilfe mehr erhofften. Sie hatten ja im Laufe der Jahre gelernt, ihr Leiden als ein unabwendbares, allgemeines Frauenleiden hinzunehmen. Wer aber ärztlichen Rat nachgesucht hatte, hatte wirkungslose Ratschläge erhalten oder gar nur moralische Tröstungen erfahren.

Ein gelegentlicher Druck gegen den Blasenhals verrät durch seine Empfindlichkeit und den charakteristischen Gesichtsausdruck das Vorhandensein der Blasenschwäche. Die Diagnose auf Blasenschwäche ist oft auch von weitem zu stellen:

Sitzen mehrere Frauen zusammen und lachen bei der Unterhaltung, so sieht man nicht selten, daß eine der Lachenden plötzlich das Gesicht ärgerlich verzieht. Sie hatte wider ihren Willen Harn verloren.

Also ein Fall von Blasenschwäche!

Oder man sitzt nach dem Theater- oder Konzertschluß in einem Restaurant. Plötzlich stürzt eilig ein Ehepaar hinein, wild um sich blickend. Sie finden nicht gleich das Gewünschte. Der Mann stürzt sich auf den Kellner. Derselbe deutet auf die Lage der Bedürfnisanstalt. Die Frau verschwindet mit erleichtertem Gesicht.

Digitized by Google

Auch dies ein Fall von Blasenschwäche. Im Theater sieht man immer dieselben Frauen in jeder Pause, womöglich beim Szenenwechsel, herausgehen. Auch sie gehören zu dieser Kasuistik.

Die Behandlung besteht in geeigneter Massage des Blasenhalses und seiner Sphinkteren. Man wählt am besten den Mittelfinger, geht die Harnröhre lang bis wo der Sphincter ext. in den Blasenhals übergeht. Den meist platten, weichen, nicht konfigurierten Blasenhals drückt man so hoch, wie man hinaufkommen kann, sanft gegen die hintere Wand der Symphyse. Es kommt zuerst darauf an, die Blasenschleimhaut durch Druck gegen die Symphyse blutleer zu machen. Durch die Blutleere wird die Blasenschleimhaut dünner und ihr Gesamtvolumen für die Ringmuskulatur des Blasenhalses weniger umfangreich. Die Ringmuskulatur kann sich daher verkürzen und ist so kräftiger geworden.

Oft fühlt man schon unter dem leicht massierenden Finger, wie der Blasenhalswulst sich zu konfigurieren beginnt.

Zu diesem Zwecke streicht man sanft quer zum Blasenhals über die druckempfindlichen Partien, bzw. drückt sie gegen die hintere Wand der Symphyse, bis das stechende Harndranggefühl ziemlich geschwunden ist. Bei veralteten Fällen wird sich der Blasenhals oftmals erst nach einigen Sitzungen wulsten. Die Seitenränder des Blasenhalses bleiben oftmals am längsten druckempfindlich und bedürfen alsdann im besonderen der Massage.

Bei Erwachsenen wird die Massage per vag. ausgeführt, bei Kindern und Knaben per rect., das vor der Sitzung zu Hause durch Klysma zu entleeren ist.

Mit diesem einfachen Verfahren bin ich seit 23 Jahren stets ausgekommen und gerade die Fälle von Enuresis noct. bei Knaben erwarben mir ganz besonders den Dank der Familie. Manche von den Knaben waren durch die ewigen moralischen Aufrichtungen der Umgebung und das Verlangen, „dagegen anzugehen", in gewissem Grade der Verblödung verfallen. Solche Kinder machen ein direktes seelisches Martyrium durch, besonders in großen Alumnaten, wie es Ganghofer in seinem „Lebenslauf eines Optimisten" schildert.

In einem meiner Fälle sagte mir der psychiatrisch geschulte Hausarzt, meine Behandlung würde nicht zum Ziele führen, weil der Knabe psychisch alteriert sei; er war nur verblödet und entwickelte sich geistig nachher ganz normal.

Ein Grundsatz ist dabei noch zu betonen: Die Behandlung darf nicht in verzettelten Dosen stattfinden, sondern bis zum Eintritt durchschlagenden Erfolges täglich, und dann erst in Pausen, wenn der Blasenhals unempfindlich geworden ist und einen festen Wulst bildet.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Fulguration bei blennorrhoischer Follikulitis, von GEORGE KNOWLES SWINBURNE-New York. (M. Record, 31. Juli 1915.) Bei chronischen Blennorrhoen, bei denen hauptsächlich die Follikel erkrankt sind, verwendet Verfasser mit gutem Erfolge die Fulguration. Er läßt den hochfrequenten Strom auf jeden Follikel einzeln zwei- bis dreimal durch mehrere Sekunden einwirken. Auf diese Weise wird rasche Heilung ohne Rückfälle erzielt. R. Frühwald-Leipzig.

Die Behandlung der blennorrhoischen Follikulitis durch Kauterisation mit dem D'Arsonval-Strome, von BALLENGER und ELDER-Atlanta. (J. Am. m. Assoc., 27. Mai 1916.) Sobald bei einem Patienten, der immer nach Aufhören der Behandlung wieder Ausfluß bekommt, Prostata und Samenblasen als Krankheitsherde ausgeschlossen werden können, kann man beinahe mit Sicherheit annehmen, daß entzündete Follike, die Ursache des Ausflusses sind. Zur Zerstörung dieser Follikel empfehlen die Verfasser die endoskopale Anwendung der hochfrequenten Ströme mittels einer speziell vom Verfasser angegebenen Elektrode. Zur Verwendung kommt nicht der Oudinsche monopolare sondern der D'Arsonvalsche bipolare Strom. A. Gunsett-Straßburg.

Die Autoserotherapie der blennorrhoischen Epididymitis, von WAGON. (Acad, de méd., 25. Juli 1916.) Der Verfasser konnte feststellen, daß die Autoserotherapie bei der Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis außerordentliche Dienste leistet, die sogar diejenigen der Bakteriotherapie übertreffen. A. Gunsett-Straßburg.

Beobachtungen über Rektalblennorrhoe bei Kindern, von G. STÜMPKE-Hannover-Linden. (M. m. W., 1916, Nr. 49.) St. weist darauf hin, daß die Angaben der Verfasser über die Häufigkeit der Rektalblennorrhoe bei kindlicher Vulvovaginitis sehr schwanken; er selbst berechnet die Häufigkeit bei einem Material von 59 Fällen auf 55,9% (Färbung nach GRAM, keine Kulturen). Der Verlauf der kindlichen Rektalblennorrhoe ist äußerst chronisch und der Therapie wenig zugänglich. Die hauptsächlichsten klinischen Symptome sind stärkere Rötung und Schwellung der erkrankten Schleimhaut Geschwüre sind selten, häufiger ganz oberflächliche Erosionen. A. Witte-Bremen.

Über akute diffuse Peritonitis bei der blennorrhoischen Salpingo-Oophoritis, von P. ZACHARIAE. (Hospitalstidende, 1916, Nr. 18.) Der Verfasser bespricht drei Fälle. W. Holland-Kristiania.

Zur Genese der Gonokokkensepsis, von CHRISTOPH SOCIN. (B. kl. W., 1916, Nr. 21.) Verf. veröffentlicht ausführlich den Befund der Obduktion, der histologischen und bakteriologischen Untersuchung eines Falles von Gonokokkensepsis, der sich durch einige bemerkenswerte Eigenheiten auszeichnete. In den Genitalien fand sich geringgradige Urethritis, einseitige eitrige Spermatozystitis, einseitige Epididymitis. Eine vom Plexus prostaticus ausgehende Thrombosierung der Venen, übergreifend auf die Hypogastrica dextra, V. iliaca communis und femoralis, in letzterer vereitert, bildete den Ausgangspunkt der Allgemeinerkrankung. In dem vereiterten Thrombus der V. femoralis konnten intrazelluläre, typisch semmelförmige, als Gonokokken anzusehende Kokken nachgewiesen werden. Metastasenbildung in den Organen durch Ansiedelung der im Blute kreisenden, im Verlaufe der klinischen Beobachtung aus dem Venenblut gezüchteten Gonokokken ließ sich im Gegensatz zu den bisher bekannten Fällen nicht nachweisen. E. Klemm-Leipzig.

Digitized by Google

Über Gonokokkensepsis, blennorrhoisches Exanthem, blennorrhoische Phlebitis, von Rudolf Massini-Basel. (Zschr. f. kl. M., 1916, Bd. 83, H. 1—2.) Ein junger Mann erkrankt an einer schweren Sepsis mit einem in Schüben auftretenden, makulösen, papulösen, pustulösen, hämorrhagischen Exanthem. Die Blutaussaat ergibt dreimal eine **Reinkultur** von Gonokokken. Die Untersuchung der Genitalien weist eine leichte Epididymitis und eine Spermatozystitis nach. In der Urethra Gonokokken nicht nachweisbar, kein eitriges Sekret. Die **Autopsie ergibt als Ursache** für die Sepsis eine Phlebitis der Vena femoralis dextra mit Erweichung des Thrombus, ausgehend vom Plexus prostaticus. Diese Phlebitis hatte intra vitam keine Erscheinungen gemacht. Die Diagnose Gonokokkensepsis ergibt sich aus dem kulturellen Befund, dem klinischen und pathologisch-anatomischen Nachweis ausgedehnter Erkrankung des Urogenitalsystems und der Wirkung einer aus dem gezüchteten Erreger hergestellten Vakzine bei einem Patienten mit blennorrhoischer Epididymitis. W. Chrzelitzer-Posen.

Ein Fall von Sepsis nach Blennorrhoe (Gonokokkensepsis), von Pflanz-Neukölln. (M. Kl., 1916, Nr. 31.) Der von Pflanz mitgeteilte Fall ist von großem Interesse, weil solche Fälle, in denen sich im Anschluß an eine akute Blennorrhoe eine letal endende allgemeine Sepsis entwickelt, glücklicherweise zu den großen Seltenheiten gehören. Der betreffende Patient, der mit einer akuten Blennorrhoe in die Behandlung von Pflanz kam, hatte 5 Jahre zuvor eine Blennorrhoe gehabt; dieselbe war zwar scheinbar geheilt, doch war die Prostata von vornherein bei dem jetzigen Aufnahmestatus vergrößert, höckrig und von derber Konsistenz. Es traten zu der anfangs einfachen, vorderen Urethralblennorrhoe Komplikationen von seiten der Prostata, Nebenhoden, Hoden und Blase auf; diese Komplikationen führten im weiteren schnellen Verlauf zu einer allgemeinen Sepsis mit Infarktbildung in der Lunge, Herzinsuffizienz und damit zum Tode. Das ausführliche Sektionsprotokoll vgl. Original. Die Sektionsdiagnose lautete kurz: 1. Cystitis acuta, 2. Prostatitis abscedens, 3. Urethro-Pyelitis catarrhalis duplex, 4. Nephritis parenchymatosa, 5. Epididymitis dextra partim abscedens, 6. Orchitis abscedens, 7. Pericystitis phlegmonosa incipiens, 8. Infarctus septicus apicis pulmonis dextra, 9. Pleuritis fibrinosa duplex. Sehr auffallend ist das Übergreifen des Prozesses auf die äußere Blasenwand, das sich wohl am besten durch eine Ausbreitung des Prozesses auf die Lymphbahnen des Vas deferens erklären läßt. Ob die allgemeine Sepsis von einem Prostataabszeß, der auf die Blasenwandung übergegriffen hat usw., oder von der Epididymitis mit Übergreifen auf den Hoden zustande gekommen ist, läßt der Verfasser unentschieden. Ebenso bleibt die Frage ungelöst, ob es sich um eine reine Gonokokkensepsis oder um eine Mischinfektion gehandelt hat.

O. Lasch-Breslau.

Blennorrhoische Gelenkentzündung, von Wilms. (D. m. W., 1917, Nr. 14. Vereinsbericht.) Bei schweren Fällen versagt die übliche Behandlung mit Wärme und Stauung und führt dann zu Versteifungen. Bei diesen Fällen ist Entleerung des **para**artikulären eitrigen Exsudats und Längsinzisionen bis zur Synovia, eventuell durch die Synovia durch, unbedingt erforderlich. E. Brinitzer-Altona.

Hypophyse bei blennorrhoischer Arthritis, von Marry Sutton Macy-New York. (M. Record, 19. Juni 1915.) Verf. hat in einigen Fällen von Tripperrheumatismus, die jeder Behandlung trotzten, Hypophysentabletten gegeben und damit rasche Heilung erzielt. R. Frühwald-Leipzig.

Operative Behandlung der schweren Fälle von blennorrhoischer Gelenkentzündung, von Wilms-Heidelberg. (M. m. W., 1917, Nr. 12.) Die operative Behandlung kommt in Frage: 1. bei Entzündungen mit starkem Erguß, der durch unsere Behandlung nicht zurückgeht; meist findet sich dann Eiter, der durch Punktion oder

Digitized by Google

kleine Inzisionen abgelassen wird. Spülungen sind kaum nötig. 2. Bei frischen phlegmonösen Kapselentzündungen, bei denen wegen hochgradiger Empfindlichkeit die sonst hier so brauchbare Methode der Stauungstherapie Schwierigkeiten macht oder überhaupt nicht anwendbar ist. Hier erfolgt am besten Inzision bis in die Gelenkkapsel oder auch ins Gelenk. 3. Bei älteren, verspätet in unsere Behandlung kommenden Fällen von phlegmonöser Entzündung, bei denen die Gefahr der Versteifung droht (Auflösung der Gelenkknorpel und Kapselschrumpfung). Es erfolgt am besten längere Inzision in die Gelenkkapsel und kleinere Eröffnung des Gelenkhohlraumes. Wärme, Stauung, Arthigon unterstützen den Erfolg. 4. Von den einzelnen Gelenken bedarf das Hüftgelenk am häufigsten der operativen Behandlung, dann Ellbogen- und Kniegelenk. 5. Der gute und schnelle Erfolg der operativen Behandlung beruht sowohl in der besseren Entleerung von toxischen Produkten und des plastischen oder eitrigen Exudats, als auch in der verringerten Empfindlichkeit und frühzeitigen Bewegungsmöglichkeit. A. Witte-Bremen.

Zur Behandlung blennorrhoischer Gelenkentzündung, von Alfons Laudecker-Charlottenburg. (M. Kl., 1917, Nr. 10.) Während alle sonstigen empfohlenen Mittel gegen blennorrhoische Gelenkerkrankungen (Arthigon, Ichthyol, Heißluft, Diathermie, Biersche Stauung usw.) den Verfasser oft ganz im Stiche gelassen haben, oft nur zu sehr langwierigen und nicht ganz vollständigen Heilungen geführt hätten, hat Laudecker in dem Fulmargin (Physiolog.-chem. Laboratorium Dr. Hugo Rosenberg, Charlottenburg) bei akuten Fällen ein Mittel „κατ' ἐξοχήν" gefunden. Es werden 2—3mal wöchentlich 5 ccm injiziert (unter lokaler Applikation von Ichthyol, Heißluft und Bierscher Stauung), und Schmerzhaftigkeit, Entzündung und Schwellung lassen bald nach, und die Heilungsdauer wird wesentlich abgekürzt. Bei verschleppten Fällen mit Versteifung glaubt Laudecker ein souveränes Mittel in Fibrolysin-Injektionen gefunden zu haben, so vorzüglich, daß es ihm unentbehrlich erscheint. Es werden wöchentlich drei Ampullen intramuskulär injiziert, und die Heilung wird durch heiße Bäder, Heißluft und resorbierende Medikamente unterstützt. Bisweilen ist es nötig, den Prozeß in ein mehr subakutes Stadium zurückzuführen und Fulmargin und Fibrolysin abwechselnd anzuwenden. Laudecker verspricht noch ausführlichere Mitteilungen und wünscht vor der Hand Anregung zur Nachprüfung zu geben. O. Lasch-Breslau.

Die Vakzinebehandlung der blennorrhoischen Arthritis, von Dosmar. (Ther. d. Gegenw., Sept. 1916.) Das Gonargin ist, intramuskulär injiziert, vollkommen unschädlich und belästigt den Patienten in keiner Weise. Es wirkt bei der Arthritis blennorrhoica schmerzlindernd. Dadurch kann frühzeitig mit der Bewegung des befallenen Gelenkes begonnen und eine Gelenkversteifung verhindert werden. Es scheint, als ob durch das Gonargin, wenn es frühzeitig angewandt wird, die Dauer erheblich abgekürzt wird. Das Gonargin verdient bei jeder Arthritis blennorrhoica möglichst frühzeitig angewandt zu werden. E. Brinitzer-Altona.

Die Behandlung der komplizierten Blennorrhoe des Mannes, von Brölemann-Kiel. (M. m. W., 1917, Nr. 5.) Sobald bei der Zweigläserpobe der zweite Urin getrübt ist und Phosphaturie ausgeschlossen wurde, wird die Spritzbehandlung ausgesetzt. Dann wird sofort 3mal täglich unter gleichzeitiger Beobachtung und Behandlung der Prostata die Blase mit Blasendruckspülung (Klysopompe oder Irrigator) behandelt. Bleibt der zweite Urin trotzdem trübe, tritt die Hilfstherapie in ihr Recht: heiße Bäder (von 38° steigend bis 45° 10—30 Minuten Dauer), Gonokokkenvakzine, polyvalente Vakzine (Staphylo-, Streptokokken, Bacterium coli), Schmierkur. Dazu innerlich Sandelöl und Formalinpräparate. Bei Erkrankungen des Nebenhodens: Druckverbände, Hodenbrett, heiße Umschläge, Gonargin, heiße Bäder. Bei Prostataentzündung: sofortige Massage bzw. 2mal wöchentlich Untersuchung auf Miterkrankung. A. Witte-Bremen.

Digitized by Google

Über die physikalisch-chemischen Grundlagen der Therapie der Blennorrhoe. 1. Die Wirkung kolloider Metalle auf Gonokokkenkulturen, von F. W. Oelze-Breslau. (Zschr. f. exper. Path. u. Ther., 1916, Bd. 18, H. 3.) Nur eine kleine Zahl von kolloiden Metallen hat eine gonokokzide Wirkung, und unter diesen haben bis jetzt nur Silber und Quecksilber praktische Bedeutung erlangt. Der kolloide Zustand der Metalle ist für die Wirkung nicht von Bedeutung, dagegen ist er wichtig für den Transport unlöslicher Elemente und Verbindungen. Es wurde gezeigt, wie die Natur des Schutzkolloids den Grad der reinen Metallwirkung beeinflußt. Es kann das Metall ganz unwirksam machen, es maskieren. Andererseits läßt sich aber durch geeignete Präparate offenbar auch der therapeutische Wert erhöhen. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Zur Behandlung renitenter Blennorrhoeerkrankungen, von Theodor Mayer. (B. kl. W., 1917, Nr. 12.) Verf. untersucht zunächst alle nach drei Wochen noch nicht gonokokkenfreien Fälle auf das Vorhandensein von Schleimhauttrichtern oder -Taschen in der Nähe des Orifiziums und sondiert letztere mit dünnem, argentumbeschmolzenem Metalldraht. Nachdem erfolgt Untersuchung der Prostata in der üblichen Weise. Sind an diesen beiden Stellen Gonokokken nicht mehr festzustellen, und ist vielmehr der Drüsenapparat der vorderen Harnröhrenschleimhaut als Träger etwa noch vorhandener Gonokokken anzusehen, so hat sich Verf. die Explorativmassage der Harnröhrenschleimhaut auf einer mit Spiritus saponato-kalinus statt eines fettigen Vehikels beschickten Metallsonde mit unmittelbar anschließender Silberspülung der Anterior und Posterior bewährt. E. Klemm-Leipzig.

Resultate in der Behandlung des Harnröhrentrippers, von Gorger Cornaz-Lausanne. (Rev. méd. Suisse Rom., 1917, Nr. 6.) Mitteilungen über die Anwendung schwacher und starker Protargollösungen, Injektionen mit Hegenon, Jodargal, Spülungen mit Amminiumpersulfat, weiter über Gonokokkenvakzine von Nicolle. Bis auf einen Fall waren die Resultate gleich Null. Schließlich berichtet er über die Anwendung eines Präparates, welches Rhéantine genannt und von der Firma Lumière hergestellt wird. Es handelt sich um Pillen, welche aus Gonokokkenkulturen bestehen. Es wurden täglich 4—6 Pillen gegeben. Ein Erfolg blieb aus, namentlich verschwanden die Gonokokken nicht. H. Vörner-Leipzig.

Über die Fieberbehandlung der Blennorrhoe nach O. Weiss, von W. Scholtz-Königsberg. (M. m. W., 1916, Nr. 29.) Der Verfasser hat den Gedanken von O. Weiss aufgegriffen, die Blennorrhoe dadurch zu heilen, daß man die Körpertemperatur durch heiße Bäder bis auf 42° und selbst darüber heraufschraubt, also bis zu Wärmegraden, bei denen die Gonokokken, entsprechend ihrer geringen Resistenz höheren Temperaturen gegenüber, zugrunde gehen müssen. Es ist ja bekannt, daß die Blennorrhoe beim Hinzutritt irgend einer anderen mit Fieber von 40—41° verbundenen Krankheit, z. B. einer Pneumonie, eines Typhus, ausheilen kann, ohne daß irgend eine lokale Behandlung stattfand. Scholtz suchte grundsätzlich mit niedrigeren Temperaturen, als sie Weiss angestrebt hat, auszukommen, zumal er bei seinen anfänglichen Versuchen, gleiche Temperaturen zu erreichen, wie das Weiss in einigen Fällen gelungen ist, doch nur einmal eine Körpertemperatur von 42° erzielen konnte, in den übrigen Fällen aber die Bäder wegen auftretender Nebenerscheinungen (hohe Pulsfrequenz, Schwindel, Schwäche und dergleichen) schon bei Körpertemperaturen von 40—41° unterbrochen werden mußten, und einige Male nicht einmal 40° erreicht werden konnten. Da klinisch die Ausheilung einer Blennorrhoe bei einer interkurrenten fieberhaften Erkrankung zwar vorkommt, sehr oft oder sogar meistens ausbleibt, war von einer Bäderbehandlung, bei der nur Körpertemperaturen von 39,5—41° erreicht werden, zwar nicht gar so viel zu erwarten, und in der Tat beobachtete der Verfasser bei alleiniger Bäderbehandlung einige Stunden

Digitized by Google

nach dem Bade oder auch erst am nächsten Tage wohl öfter ein Nachlassen der Gonokokkenwucherungen, aber es gelang ihm unter 15 Fällen nur zweimal, durch ein derartiges heißes Bad und eine Körpertemperatur von 40—41° eine vollständige Ausheilung zu erzielen. Er versuchte deshalb durch eine Kombination der Bäderbehandlung mit energischer lokaler Behandlung bessere Resultate zu erzielen. Dies gelang ihm auch in erfreulicher Weise. Unter 60 derartig behandelten Kranken erzielte er bei fast 80% derselben eine Heilung innerhalb von 12—14 Tagen, und nur in rund 20% der Fälle traten Rückfälle ein. Da man auch bei der üblichen Injektionsbehandlung im Lazarett mit 15% Rückfällen zu rechnen hat und die Behandlung unter diesen Umständen immer mindestens 5 Wochen dauert, so bedeuten diese bei kombinierter Bäder- und Lokalbehandlung erzielten Resultate einen recht erheblichen Fortschritt. Die lokale Behandlung wurde mit rasch in ihrer Konzentration ansteigenden Lösungen von Protargol, Ichthargan, Albargin, Arg. nitric. und Choleval vorgenommen, wobei bei Protargol z. B. in 3—4 Tagen von $^1/_2$%igen Lösungen auf 1%ige gestiegen wurde bei einer Dauer der Einspritzungen von 5—15 Minuten fünfmal täglich. Bereits am 2.—3. Tage wurde eine Janetsche Spülung mit $^1/_5$‰ Kalium permangan. und Arg. nitric. zugefügt. Am 7.—8. Tage wurde dann die Badebehandlung vorgenommen, dabei aber die lokale Behandlung sowohl am Badetage als weitere 5 Tage nach dem Bade fortgesetzt. Dann wurde die Behandlung unterbrochen, und die Heilung pflegte bis auf die obengenannten 20% Rezidive eingetreten zu sein. Die Badebehandlung wurde folgendermaßen vorgenommen: der Kranke steigt in ein Bad von 38° C; dann läßt man langsam heißes Wasser von etwa 50—60° zufließen, so daß die Temperatur des Bades innerhalb von einigen Minuten um 1° steigt. Man steigt so allmählich bis 43°, wobei man die Vorsichtsmaßregel gebrauchen muß, auf den Kopf der Kranken eine Eisblase zu legen.

A. Gunsett-Straßburg.

Behandlung der Blennorrhoe und ihrer Nebenerkrankungen mit Wärme, von Hans L. Heusner-Gießen. (D. m. W., 1917, Nr. 11.) Die Quarzlampen-Gesellschaft in Hanau bringt nach den Angaben von H. unter dem Namen „Sollux-Ergänzungslampe" einen Scheinwerfer in den Handel, der eine Leuchtröhre von mehreren tausend Kerzen enthält. Mit diesem Apparat wird die Genitalgegend in einem Abstand von etwa 60 cm bis zu einer Stunde bestrahlt. Auffallend war stets das schnelle Nachlassen der Schmerzen bei Epididymitis und das schon fast an die erste Bestrahlung sich anschließende Dünnerwerden des Ausflusses. Ein einziger etwas ausführlicher mitgeteilter Fall erscheint allerdings dem Referenten sehr wenig beweiskräftig für die gute Wirkung auf die Abtötung der Gonokokken. Ein 54 Jahre alter Herr, der nicht wegen Blennorrhoe bestrahlt wurde, gab an, seine Potentia coeundi habe nach den Bestrahlungen bedeutend zugenommen. H. weicht dann von seinem Thema noch weiter ab und bespricht günstige Erfahrungen bei Blennorrhoe mit anderen Mitteln. Sehr zweckmäßig erwies sich H. in verschiedenen Fällen die Verordnung von roher Ziegenmilch, die mit etwas Kaffee gern genommen wird. Der Ausfluß läßt bald nach, auch dann, wenn sich die Behandlung auf Bettruhe und nur Milch bis zu 2 Litern täglich beschränkt. Als Injektionsmittel erscheint H. das Choleval ein sehr empfehlenswertes Präparat zu sein.

E. Brinitzer-Altona.

Zur Vakzinebehandlung akuter Blennorrhoen, von Richard v. Plauner. (W. m. W., 1916, Nr. 28/29.) Bei akutem Tripper kommt lediglich kausale Therapie in Frage, nämlich antiseptische Lokalbehandlung und Gonokokkenvakzine. Die Lokalbehandlung kommt unbedingt an erster Stelle; nur wenn sich nach einigen Wochen zeigt, daß sie nicht zum Ziele führt, wenn die Gonokokken nach zeitweiligem Verschwinden wieder auftreten, dann soll die antiseptische Behandlung mit der Vakzinebehandlung kombiniert

Digitized by Google

werden. Diese soll nicht mit kleinen Dosen, sondern mit mittleren begonnen werden und dann mit starken fortgeführt werden. R. Frühwald-Leipzig.

Vakzinebehandlung der Blennorrhoe, von Carl C. Warden-Ann Arbor. (J. Am. m. Ass., 11. Dez. 1915.) Die Untersuchungen haben gezeigt, daß die isolierten Fette der Gonokokken eine hochgradige antigene Eigenschaft besitzen, was bei der Komplementbindungsreaktion in Erscheinung tritt. Verf. hat versucht, diese Eigenschaft auch therapeutisch zu verwerten. Er stellte eine Vakzine aus diesen Fetten her und hat sie an akuten und chronischen, reinen und komplizierten Fällen ausprobiert. Bei allen Fällen bewirkten die subkutanen Injektionen deutliche Besserung, bei einigen völlige Heilung. R. Frühwald-Leipzig.

Über Vakzinebehandlung bei Blennorrhoe, von Karl Klause. (Diss., Gießen 1913.) Die Vakzinebehandlung ist am wirksamsten bei Epididymitis und Funikulitis. Beeinflußbar sind Adnex- und Zervixerkrankungen, sowie parenchymatöse Prostatitis. Bei Urethritis und katarrhalischer Prostatitis tritt kein Effekt auf. Je frischer der Fall, desto besser die Wirkung. Die Dosis beträgt, von 5—10 Millionen beginnend, stets um die Hälfte steigend, bis 100—200 Millionen. Schädigungen wurden nicht beobachtet. R. Frühwald-Leipzig.

Über eine kombinierte Proteinkörper-Vakzinetherapie bei blennorrhoischen Komplikationen, von Artur Weiss-Szeged. (W. m. W., 1917, Nr. 14.) Kombinierte Anwendung von intraglutäalen Mischinjektionen (1 ccm) und intravenösen Gonarganinjektionen ($^1/_2$ ccm). Eine Anzahl Beispiele werden angeführt. H. Vörner-Leipzig.

Zur Milchbehandlung der Blennorrhoe, von J. Krausz. (W. m. W., 1917, Nr. 13) In zwei Fällen besserten sich die subjektiven Beschwerden. Die meisten Fälle bekamen Temperatursteigerungen, ein Fall bekam ein starkes Infiltrat an der Injektionsstelle. Eine Wirkung auf den blennorrhoischen Prozeß wurde im allgemeinen nicht beobachtet. H. Vörner-Leipzig.

Die Silberiontophorese in der Therapie der Blennorrhoe, von H. Koller-Winterthur. (M. m. W., 1917, Nr. 2.) In einer größeren Versuchsreihe stellte K. fest, daß Silberionen ohne Gefahr in den Körper eingeführt werden können, wenn man mit den Elektroden richtig umgeht. Für seine therapeutischen Versuche benutzte K. das bereits von Philippson (M. m. W., 1911) empfohlene Kaliumsilberzyanid (0.5—1,0 auf 1000 Aq. dest.). Zu einem abschließenden Urteil über den Wert dieser Therapie sind Serienuntersuchungen erforderlich. A. Witte-Bremen.

Interne Antiblennorrhoika und Kavakavin, von Georg Haedicke. (Allg. m. Zztg., 1913, Nr. 16—17.) Kavakavin besteht aus ostindischem Sandelöl, dem Kawaharz und Hexamethylentetramin zugesetzt ist; es kommt in Tablettenform in den Handel und wird zu 3×2 täglich verabreicht. Verf. ist mit den Erfolgen sehr zufrieden; die subjektiven Beschwerden des akuten Trippers hören bald auf, Harnbeschwerden verschwinden, der Urin klärt sich, Komplikationen werden vermieden. R. Frühwald-Leipzig.

Arhovin bei Blennorrhoe, von Tröscher. (D. m. W., 1916, Nr. 52.) T. hat 40 Fälle mit Arhovin behandelt und kommt zu sehr günstigem Ergebnis. Das Mittel ist frei von den unangenehmen Nebenerscheinungen der Balsamika, wirkt rascher und verdient jetzt im Kriege den Vorzug, da es in Deutschland hergestellt wird. Bei Nebenhoden und Prostatitiden führt es schnelle Schmerzlinderung herbei, bei Zystitis wirkt es rasch harnklärend und ruft saure Reaktion herbei. Täglich wurden 4—6 Kapseln zu 0,25 gegeben. E. Brinitzer-Altona.

Digitized by Google

Über Argaldin, ein neues Silbereiweißpräparat, von KURT MEYER. (B. kl. W., 1916, Nr. 27.) Bei den vorgenommenen experimentellen Versuchen erwies sich das Argaldin in bezug auf Abtötung und Entwicklungshemmung der Gonokokken dem proteinsauren Silber gleichwertig. Einen Vorzug erblickt Verf. in der Haltbarkeit der Lösungen und in der geringen Reizwirkung. E. Klemm-Leipzig.

Erfahrungen bei Cholevalbehandlung der Blennorrhoe bei Männern und Weibern, von W. FRIEBOES. (M. m. W., 1916, Nr. 22.) Nach der Ansicht des Verfassers sind die Heilerfolge bei unkomplizierter Blennorrhoe der vorderen Harnröhre dieselben wie bei unseren anderen guten Silberpräparaten, aber die Dauer der Behandlung darf nicht zu kurz bemessen sein, da sonst Rezidive unvermeidlich sind. Hervorzuheben ist, daß das Mittel sehr rasch das Sekret gonokokkenfrei und schleimig macht bzw. rasch zum Verschwinden bringt. Daß bei schweren Komplikationen das Choleval die Behandlungsdauer irgendwie wesentlich abkürzt, ist nicht der Fall, es hat somit in dieser Beziehung keine Vorzüge vor den anderen Mitteln. Bei katarrhalischen und purulenten Zystitiden sind Blasenspülungen mit Choleval 1 : 1000 bis 1 : 500 von guter Wirkung. Bei der Blennorrhoe der Frauen war es bei folgender Technik von ganz ausgezeichnetem Erfolg: Urethral wurde $^1/_2$%ige Cholevallösung eingespritzt und 10 Minuten lang gehalten. Vaginal wurde einmal täglich mit ganz dünner Kalium permangan-Lösung ausgespült und dann ein tüchtig mit 1%iger Cholevallösung getränkter Tampon vor die Zervix geschoben. A. Gunsett-Straßburg.

Über Versuche mit dem neuen Antiblennorrhoikum „Choleval", von TH. BAER-Mainkur. (M. m. W., 1916, Nr. 26.) Die Erfahrung, die der Verfasser mit dem Mittel machte, waren die denkbar günstigsten. Es wurde in $^1/_2$%iger Lösung eingespritzt, dann wurde bei negativem Gonokokkenbefund auf 1% eventuell $1^1/_2$% gestiegen. Es scheint aber, daß auch geringe Konzentration ($^1/_4$—$^3/_4$%) schon ausschlaggebende Wirkung haben. Nur bei 2%iger Konzentration klagten die Patienten über leichtes Brennen. Die Behandlung der Posterior wurde anfänglich in Form von GUYON mit 3—5%iger Lösung vorgenommen; in dieser Form zeigte das Mittel ebenfalls keine Reizerscheinungen, doch stellte sich später heraus, daß die Anwendung der JANETschen Spülungen die Wirksamkeit der GUYONschen Instillationen noch übertraf. Die JANETschen Spülungen wurden in einer Lösung von 1 : 1000 vorgenommen, in einzelnen Fällen war es nötig, auf 1 : 500 zu steigen. Es gestaltet sich demnach die Behandlung ungefähr folgendermaßen:

Anterior: Injektion in die Urethra 6mal täglich (0.25—1,5%)
oder: JANET der Anterior 1 : 1000 bis 1 : 500 1—2mal täglich und 4 Injektionen.
Posterior: 4mal Injektionen, außerdem 3mal wöchentlich GUYON oder 2mal täglich JANET der ganzen Urethra.

In 10 Fällen, die 17—90 Tage im Lazarett mit den verschiedensten Antiblennnorrhoizis erfolglos behandelt worden waren, verschwanden die Gonokokken mit Ausnahme eines Falles, bei dem erst nach 35tägiger Behandlung das Sekret gonokokkenfrei wurde und bei dem schwere Komplikationen die Hartnäckigkeit der Erkrankung ohne weiteres erklären, die Gonokokken im Zeitraum von 2—11 Tagen. Unter 30 nur mit Choleval behandelten Fällen verschwanden bei 20 die Gonokokken nach 2—4 Tagen, in den übrigen Fällen nach 5—15 Tagen, und nur in 3 Fällen waren die Gonokokken noch länger nachzuweisen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer dieser Fälle beträgt 15 Tage. Von der Anwendung von Adstringentien wurde ganz abgesehen.

G. Gunsett-Straßburg.

Das neue Injektionsmittel zur Blennorrhoebehandlung, Choleval, in fester, haltbarer (Pulver- und Tabletten-) Form, von L. DUFAUX-Berlin. (B. kl. W., 1916, Nr. 44.) Bei der bakteriologischen Untersuchung des festen Cholevals hat sich Verf.

Digitized by Google

ergeben, daß es sowohl gegenüber Staphylokokken wie gegenüber vollvirulente Gonokokken enthaltendem Trippereiter in seiner antibakteriellen Wirksamkeit dem Argentum proteinicum und anderen Silberpräparaten beträchtlich überlegen war. Verf. läßt dreimal täglich $^1/_4$ %ige Lösung injizieren, von am Tage je 5, abends 10 Minuten Dauer, nach 2 Tagen viermal und die Dauer am Tage auf 10, abends 15 Minuten verlängern. Bleiben Komplikationen aus, wird allmählich aufsteigend zu $^1/_2$ %iger Lösung übergegangen. Bei Erkrankung der hinteren Harnröhre oder der Adnexe Janetsche Irrigationen 1 : 5000—500, Didaysche Injektionen 0,1—1,0 : 500,0 oder Guyon-Ulzmannsche Instillationen $^1/_4$—2%iger Cholevallösung, mit oder ohne vorausgeschickter Expression der Prostata. Wenn nach Verschwinden der Gonokokken ein vorwiegend schleimig-epithelialer Tropfen restiert, ersetzt Verf. das Choleval nach und nach durch ein Adstringens oder Antiseptiko-Adstringens, neben letzterem oder allein bei Sekundärinfektion durch nicht nosogene Mikroben ein stärkeres Antimykotikum. Verf. will mit auf diese Weise so vorzügliche Resultate erzielt haben, daß er das Choleval für das zurzeit am schnellsten und zuverlässigsten wirkende Heilmittel der Urethralblennorrhoe des Mannes hält. E. Klemm-Leipzig.

Choleval und Argaldon bei der akuten Blennorrhoe, von Schindler. (D. m. W., 1917, Nr. 6.) Sch. hat 128 möglichst gleichartige Blennorrhoefälle mit Protargol, mit Choleval (E. Merck, Darmstadt) und mit Argaldon (O. Vester, Hanau a. M.) behandelt. Er konnte keine erheblichen Unterschiede in der Wirksamkeit feststellen. Nur eignet sich das Choleval besser zur Nachbehandlung der Blennorrhoe, da es die Epithelialisierung der erkrankten Schleimhaut zu früh anregt; unter dem Epithel aber bleiben die Gonokokken der Wirkung des Cholevals entzogen. Bei der akuten Urethritis posterior wirken alle drei Mittel gut; sie reizen in $^1/_2$—1%igen Lösungen gar nicht.

E. Brinitzer-Altona.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Krieg, Ehe und Geschlechtskrankheiten, von Vogel-Breslau. (M. m. W., 1917, Nr. 40.) Die von Chotzen für die Breslauer Garnison festgestellte Erkrankungsziffer von 3‰ bedeutet eine nur unwesentliche Steigerung gegenüber den Friedenszahlen. Die Zahl der Verheirateten ist erschreckend groß, sie beträgt ein Drittel der Geschlechtskranken. Das Verhältnis von Syphilis zur Blennorrhoe, früher 1 : 3, beträgt jetzt 1 : 2: eine Zunahme der syphilitischen Erkrankungen im Verhältnis zur Blennorrhoe hatte übrigens schon im Frieden eingesetzt. Jede Erweiterung der Bekämpfungsmethoden, wie die Einrichtung von Beratungsstellen, verdient weitgehendste Unterstützung.

A. Witte-Bremen.

Verschiedenes.

Hofrat Prof. Ernest Finger in Wien wurde zum Präsidenten des auf Anregung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums neu begründeten Sozialhygienischen Ausschusses gewählt.

Prof. Ernest Gaucher, der Nachfolger Alfred Fourniers, im Lehramte und als leitender Arzt am Hôpital Saint-Louis, ist 64 Jahre alt, gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

20. April 1918 | Nr. 16 | Band 66

Aus dem Vereinslazarett der Stadt Berlin, Krankenhaus am Südufer
(Dirig. Arzt: Prof. A. Buschke).

Sycosis parasitaria durch ein neues Mikrosporon vom Tiertyp (M. xanthodes).

Von

Dr. W. Fischer, Assistenzarzt der Hautabteilung.

(Mit 3 Abbildungen.)

In seinem bekannten Handbuch der Hautpilze führt Sabouraud 1910 11 Arten von Mikrosporonpilzen auf und zwar 4 vom humanen Typ (M. Audouini, velveticum, umbonatum, tardum) und 7 vom Tiertyp (M. canis oder lanosum, felineum, equinum, fulvum, villosum, pubescens und tomentosum). Von den letzteren sind die ersten 3 Vertreter bei Hund, Katze und Pferd nachgewiesen worden; die 4 anderen werden auf Grund bestimmter für den Tiertyp charakteristischer kultureller Eigenschaften diesem zugezählt, ohne daß bisher ein direkter klinischer Nachweis ihrer Beziehungen zwischen Tier und Mensch gelungen wäre. Übrigens handelt es sich bei ihnen nur um ganz vereinzelte Beobachtungen an mikrosporiekranken Menschen. Häufigere direkte Übertragungen von Tier zu Mensch sind bisher nur vom M. lanosum, felineum und equinum bekannt geworden. Seitdem sind 2 neue Vertreter der Mikrosporiegruppe beschrieben, Pasini berichtete 1911 im Giornale italiano delle mal. ven. e della pelle über ein Microsporon iris und Guéguen in Archives de Parasitologie, Bd. 14, H. 3, über das Microsporon depauperatum.

Die deutsche Literatur über die Mikrosporie ist entsprechend ihrer geringen Verbreitung in Deutschland sehr spärlich. Schon 1898 hatte Rille [1]) einen vereinzelten Fall in Innsbruck beobachtet. Eine eigentliche epidemische Verbreitung der Kopfmikrosporie der Kinder, wie sie in Paris und London seit alters her herrscht, kennen wir nur in Hamburg. Seit 1908 findet man gelegentliche Mitteilungen über eingeschleppte Fälle, die zu kleineren oder größeren, meist verhältnismäßig leicht zu bekämpfenden Epidemien führten. Erwähnt seien hier die durch Einschleppung aus dem Elsaß entstandene Epidemie in Braunschweig [2]) aus

[1]) Rille, Lehrb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh. Jena 1902, S. 148. — [2]) Sternthal, Arch. f. Derm., Bd. 113.

Digitized by Google

den Jahren 1900—1905, die Berlin-Schöneberger Epidemie[1]) und die von Bloch[2]) aus Basel beschriebene; beide fielen in das Jahr 1908. Weitere Berichte finden wir 1911 von Stein und 1912 von Riche über Mikrosporieerkrankungen in Wien[3]) und 1913 von Schertlin[4]) über eine Epidemie in Württemberg. Stets handelte es sich dabei als Erreger um den banalsten Vertreter des menschlichen Typs, das M. Audouini.

Vom Tiertyp wurden nur ganz sporadische Fälle kultiviert, so 1914 von Nobl[5]) in Wien, der über eine generalisierte, stark entzündlich-exsudative Körpermikrosporie durch Infektion vom Hunde durch das M. lanosum berichtet, und von Kaufmann-Wolf[6]), die einen Fall in Berlin sah.

Die Hamburger Mikrosporie wird nach Plaut durch die echte, sehr seltene Audouinische Form und einen sehr häufigen, zwischen dem M. Audouini und lanosum stehenden Typ bedingt. Lewandowski lehnt diese zweite Varietät ab und steht auf dem Standpunkt, daß stets nur ein echtes M. Audouini für die Hamburger Erkrankungen in Betracht kommt.

Nach den vorliegenden, fast ausschließlich ausländischen Literaturberichten verursachen die tierischen Mikrosporien meist ähnliche Hautaffektionen wie das M. Audouini, öfter ist die entzündliche Reizung eine etwas stärkere, doch werden erhebliche Grade von Entzündung, insbesondere Kerionbildung, verhältnismäßig selten angegeben. Die Arbeiten von Plaut[7]) und Lewandowski[8]) aus den letzten Jahren haben insofern neue klinische Gesichtspunkte gebracht, als aus ihnen hervorgeht, daß die Sabouraudsche Annahme, nach der das M. Audouini nie stärker entzündliche und zur Pustulation führende Prozesse auslöst, nicht zu Recht besteht. Ebenso wie mehrere englische Autoren beschreiben beide typische Kerionbildungen bei Kopfmikrosporien, welche durch diesen Erreger bedingt waren. Auch Kaufmann-Wolf[9]) erwähnt eine tiefe Barttrichophytie durch den Hamburger Typ.

---

[1]) 1908 Chajes, M. Kl., Nr. 23 und B. kl. W., Nr. 32; Glaser, B. kl. W., Nr. 21 u. 23. 1909 Huber, M. Kl., S. 762 und Blitz, Inaug.-Diss., Berlin. 1910 Huber, M. Kl., S. 665. — [2]) Bloch, Arch. f. Derm., Bd. 93. — [3]) Stein, W. kl. W., 1911, Nr. 9. Riche, W. m. W., 1912, Nr. 23. — [4]) Schertlin, Med. Korrespondenzbl. des Württembergischen ärztl. Landesvereins, Nr. 35. — [5]) Nobl, Generalisierte animale Mikrosporie beim Menschen. Derm. W., Bd. 58. — [6]) Kaufmann-Wolf, Arch. f. Derm., Bd. 121. — [7]) H. C. Plaut, Kerion Celsi bei Mikrosporie. Festschrift zur Feier des 25jährigen Bestehens des Eppendorfer Krankenhauses, 1914. L. Voß, Leipzig. — [8]) F. Lewandowski, Über Kerion Celsi, verursacht durch M. Audouini . . . Arch. f. Derm., Bd. 121. — [9]) Kaufmann-Wolf, Über die Bestimmung pathogener Hyphomyzeten unter Berücksichtigung der Berliner Pilzflora. Arch. f. Derm., Bd. 121. Siehe auch die Inaug.-Diss. von Hueges-Straßburg und von Nagel-Heidelberg aus dem Jahre 1915.

Digitized by Google

Vertreter des Tiertyps sind in Deutschland außer dem M. lanosum nicht beschrieben worden; auch ich habe, seitdem ich Dermatomykosen kultiviere, unter Hunderten von Fällen keine gefunden. Nur einmal konnte ich aus einer tiefen, trichophytischen Affektion einen der Gruppe der Mikrosporen zugehörigen Pilz züchten, über dessen kulturelle und biologische Eigenschaften ich hier berichten möchte, da er bisher noch nicht bekannt zu sein scheint.

Der Fall betraf einen Artilleristen, welcher in Zossen bei Berlin in Garnison stand. Sein Leiden war angeblich 14 Tage vor der Lazarettaufnahme entstanden und wurde von ihm auf einen Schnitt beim Rasieren zurückgeführt. Einige Tage später hatte sich an der Schnittstelle ein roter Fleck entwickelt, der bald in eine abszeßähnliche Geschwulst übergegangen war. Bei der Aufnahme bestand an der linken Halsseite ein etwa pflaumengroßes, tiefgreifendes, vereitertes Infiltrat, welches auf Druck aus mehreren follikulären Öffnungen dünnflüssiges Sekret entleerte. Im ganzen machte die Affektion klinisch einen furunkelähnlichen Eindruck. Im Bereiche der Verhärtung waren die Haare größtenteils ausgefallen, die noch vorhandenen folgten leicht dem Zug der Pinzette. Einzelne abgebrochene Haare erwiesen sich von einem dichten mikroiden Sporenmantel umgeben. Sonstige flache Herde in der Umgebung fehlten. Die Behandlung bestand in Epilation, feuchten und Karbolölumschlägen und Röntgenbestrahlung. Nach anfänglichem Rückgang der Infiltration entwickelte sich später noch eine tiefere Abszeßbildung, die mit dem Paquelin eröffnet wurde. Zur vollständigen Rückbildung und Heilung waren fast zwei Monate nötig.

Der in mehreren, nicht sehr zahlreichen Haaren nachgewiesene Pilz schien wegen der Kleinheit seiner extrapilären Sporen zur Gruppe der mikroiden Trichophytien zu gehören. Das Kulturergebnis bestätigte aber diese Annahme nicht.

Auf Maltose-Pepton-Agar ausgesätes Material keimte bereits am vierten Tage zu einer schnell wachsenden, hellgelblichen, sandfarbenen, flachen Kultur aus, deren Oberfläche stumpf und leicht granuliert erschien. Bei weiterem Wachstum auf Petrischalen trat bald eine radiäre Strahlenbildung ein, die über den Rand der Kultur hinausging. Infolge einer starken Brüchigkeit der Sporen entwickelten sich oft spontan Nebenkulturen (siehe Abbildung I). In drei Wochen erreichte die Kultur einen Umfang von etwa 8 cm, zeigte also eine außerordentlich erhebliche Wachstumsenergie. Die absolut vorherrschende Sporenform, die sich in unzähliger Menge entwickelte, bestand in endständigen Spindelkammern, den sogenannten Fuseaux multiloculaires Sabourauds. Pleomorphie trat im Zentrum bei einzelnen Kulturen bereits am Ende der zweiten Woche auf. Auf reinem Peptonagar erfolgte ebenfalls schnelles Wachtum, hier waren die Myzelien etwas länger, woraus ein mehr weißlichgelber Farbenton resultierte; Strahlenbildung fehlte, die Kulturen wuchsen hier rein flächenhaft zu Kreisen aus. Auf Kartoffeln angelegte Kulturen wuchsen in gleicher Üppigkeit

Digitized by Google

mit stumpfer, weißlicher Oberfläche, die am Rande von einer gelblichen, flacheren sporulierenden Zone umgeben war.

Die pleomorphe Form war von schneeweißer Farbe, wuchs ebenfalls äußerst schnell, so daß die Kultur in drei Wochen einen Durchmesser von $8\,^1/_2$ cm erreichte. Meist erschien sie als kreisrunde Scheibe, manchmal war ihr Rand etwas gewellt. Auf mehreren Platten traten ein oder zwei ringförmig-konzentrische, leichte Einsenkungen auf, die eine ganz leicht angedeutete gelbliche Färbung zeigten. Diese rührte von einer in diesen Zonen noch vorhandenen, beschränkten Sporenbildung (endständige vielkammerige Spindeln) her. Im übrigen war das pleomorphe Myzel steril (siehe Abbildung II).

Fig. I.

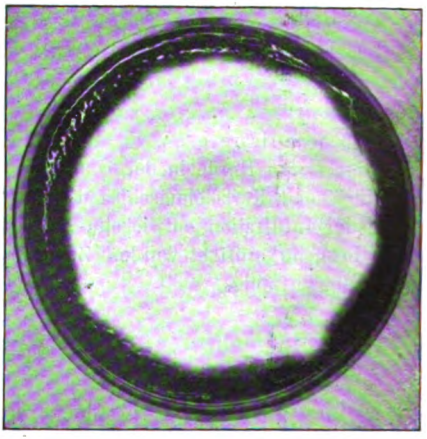


Fig. II.

Die Abbildungen der Kulturen sind nach Photogrammen reproduziert. Abb. I stellt eine 16 Tage alte Kultur mit einer kleineren, spontan entstandenen Nebenkultur auf Maltose-Pepton-Agar dar, Abb. II eine 3 Wochen alte pleomorphe Kultur. Nähere Angaben finden sich im Text.

Bemerkenswert ist schließlich die lange Lebensdauer des Pilzes auch auf bereits stark ausgetrockneten Nährböden; es gelang, selbst aus 4—5 Monate alten Röhrchen noch neue Kulturen anzulegen. Bei der Neigung derselben zur Pleomorphie war es allerdings nicht möglich, seine ganz reine Form dauernd zu erhalten. Durch die notwendigen häufigen Überimpfungen verwischte sich seine Eigenart allmählich insofern etwas, als die radiäre Streifenbildung nicht mehr so deutlich in Erscheinung trat und der Farbenton bei jungen Kulturen weißlicher wurde. Durch eine stärkere Myzelbildung wurden die in den tieferen Schichten sich entwickelnden gelben Sporen wie durch einen Schleier leicht verdeckt. Bei längerem Bestande trat dann die gelbliche Färbung wieder deutlicher hervor.

Digitized by Google

Zur genaueren Feststellung, welcher Gruppe der vorliegende Trichophyt angehörte, legte ich ferner Kulturen im hängenden Tropfen zum genaueren Studium der Sporulationsvorgänge an[1]). Aus dem übertragenen Sporenmaterial keimten bereits nach einem Tage feine Myzelfäden aus (siehe

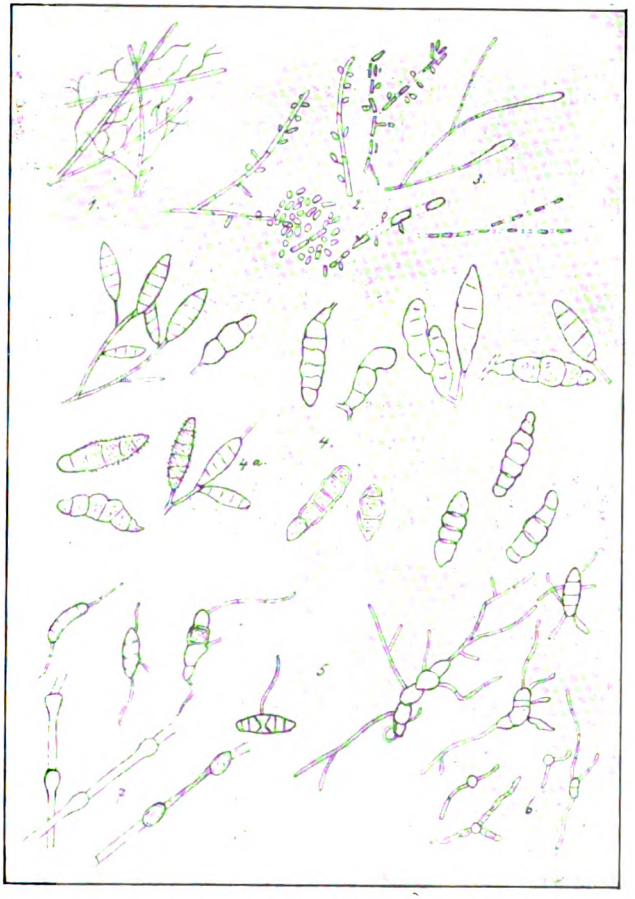


Fig. III.
Fruktifikationsformen des neuen Mikrosporon.
(Vergrößerung: starkes Trockensystem.)

Abbildung III, Nr. 5 u. 6). Bei den vielkammerigen Spindeln kann aus jeder einzelnen Kammer ein Myzelfaden herauswachsen, meist bleiben

[1]) Um die Wachstumsvorgänge dauernd mikroskopisch beobachten zu können, empfehle ich als obere Platte, auf welcher der Bouillontropfen angebracht wird, statt des dicken Objektträgers ein größeres Deckgläschen zu benutzen; man kann dann bequem auch mit stärkeren Vergrößerungssystemen intra vitam die Kultur kontrollieren.

Digitized by Google

allerdings einzelne Kammern steril; in seltenen Fällen keimen auch zwei Myzelfäden aus einer einzigen hervor. Bei den einkammerigen Ektosporen sieht man letzteres viel häufiger. Nr. 1 der Abbildung III veranschaulicht die Form des jungen Myzels, das geradlinig auswächst und von dem sich sehr zarte, geschlängelte Fäden abzweigen. Bereits am vierten Tage fangen die Enden von Myzelfäden an, kolbig anzuschwellen (Nr. 3 der Abbildung III), und nun kommt es rasch zur Ausbildung einer unzähligen Menge von endständigen Spindelsporen, die in solchen Massen entwickelt werden, daß sie bald jede andere Einzelheit der Kultur verdecken. Stellenweise sitzen sie büschelförmig an den Enden des Myzels. In Nr. 4 der Abbildung III sind ihre verschiedenen älteren und jüngeren Formen dargestellt, sie sind im allgemeinen 4—8kammerig; im weiteren Verlaufe treten in ihrem Inneren Granulationen des Protoplasmas auf, die Kapselschalen verdicken sich und werden deutlich doppelt konturiert sichtbar. Später findet man eine mehr oder weniger große Menge von ihnen dicht gekörnt, es handelt sich um kleinste an ihrer Oberfläche aufsitzende Granula. Sabouraud will diese Austritte von Protoplasma durch die Kapsel, die bereits von anderen Mikrosporonarten her bekannt sind, für durch die Fixierung bedingte Kunstprodukte erklären; ich möchte demgegenüber darauf hinweisen, daß man ihr Auftreten und ihre allmähliche Ausbreitung über die einzelne Spore auch in noch lebenden, ungestörten Kulturen beobachten kann, so daß es sich um einen vitalen Vorgang handeln muß. Neben diesem präponderierenden Sporentyp bilden die Myzelien seitliche Ektosporen (Gonidien) oder zerfallen in Sporenhaufen und Sporenketten durch Zusammenziehung des Protoplasmas in den Myzelien selbst (Nr. 2 der Abbildung III). Verhältnismäßig spärlich fanden sich Myzelien, deren Einzelglieder am Ende kolbig angeschwollen waren (sog. Raquetteform), aus ihnen gingen dann interkaläre Chlamydosporen hervor (Nr. 7 der Abbildung III). Andere Fruktifikationsvorgänge, wie die Organes pectinés und nodulaires habe ich in meinen Kulturen nicht gefunden.

Die pleomorphe Form des vorliegenden Pilzes wuchs in vollkommen sterilen geraden Myzelien mit nur ganz vereinzelten Spindelsporen; dies entspricht dem oben erwähnten Befunde auf der Plattenkultur.

Für Meerschweinchen ist der Pilz sehr virulent; vier Tage nach der Impfung entwickelt sich eine stark entzündliche Exsudation mit Borken- und Pustelbildung, Ablauf und Spontanheilung erfolgt in etwa drei Wochen.

Hatte schon die Eigenart der Kultur mit ihrem rapiden flächenhaften Wachstum und der massenhaften Ausbildung endständiger Spindelsporen mit größter Wahrscheinlichkeit vermuten lassen, daß der Pilz zu den Mikrosporen vom Tiertyp gehörte, so ließ sich dies durch die genaueren Untersuchungen seiner biologischen Eigenschaften mit Sicher-

Digitized by Google

heit feststellen. Es finden sich bei ihm alle die Hauptformen wieder, die wir bei den bekannten Vertretern dieser Gruppe zu sehen gewohnt sind. Für die Infektion des vorliegenden Falles vom Tier, wahrscheinlich vom Pferd aus, spricht überdies, daß er den Angehörigen eines Artillerieregimentes betraf. Ob es sich um einen schon früher in Deutschland heimischen oder durch den Krieg eingeschleppten Pilz handelt, läßt sich nicht entscheiden. Die Kultur weicht von denen der bisher bekannten tierischen Mikrosporen erheblich und eindeutig ab und ist durchaus charakteristisch. Das von Uriburu 1907 beschriebene, im Sabouraudschen Handbuch abgebildete, bis jetzt erst einmal bei einer kindlichen, klinisch reizlos verlaufenden Kopftrichophytie in Buenos-Aires beobachtete Microsporon fulvum scheint von mehr rötlichgelber Farbe zu sein, im übrigen ist es durch die ihm eigene Kulturform mit seinen konzentrischen Kreisen und dem randständigen weißen, wolligen Saum genügend von dem von mir gefundenen Pilz abgegrenzt; auch die bei ihm vorhandenen knotenförmigen Organe fehlten hier. Zur Namengebung möchte ich die sandgelbe Farbe der Kultur benutzen und schlage die Bezeichnung: Microsporon xanthodes (ξανθος = gelb) vor.

Kurz zusammengefaßt handelte es sich um eine unter dem klinischen Bilde der Sykosis auftretende mykotische Affektion im Bereiche des Bartes, die vielleicht durch Infektion vom Pferde bedingt war. Aus den infizierten Haaren wuchs eine sehr üppige, sandgelbe, stumpfflächenhafte Kultur mit radiär angeordneter Strahlenbildung. Die Fruktifikationsvorgänge, speziell die Entwicklung massenhafter endständiger Spindelsporen, weisen den Pilz in die Gruppe der tierischen Mikrosporen. Da derselbe bisher nicht beschrieben ist, nennen wir ihn Microsporon xanthodes.

Digitized by Google

Krieg, Geschlechtskrankheiten und Prostitution in ihren Wechselbeziehungen.

Kritische Referate.

Von

Dr. Ernst Levin in Berlin.

(Fortsetzung.)

III.

Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten beim Heere.

Wir hatten im vorigen Abschnitt bereits darauf hingewiesen, daß trotz aller Aufklärungsarbeit, trotz weitester Ausbildung der allgemeinen und persönlichen Prophylaxe mit der Übertragung von Geschlechtskrankheiten auf das Heer gerechnet werden muß. In Erinnerung der Tatsache, daß frühere Kriege stets ein Anwachsen der Geschlechtskrankheiten mit sich gebracht hatten, worüber Haberling (14) eingehend berichtet, war man auch in diesem Kriege sehr bald geneigt, ein gleiches anzunehmen, scheint jedoch dabei vielfach falschen Beobachtungen und Schlüssen in einer gewissen Voreingenommenheit zum Opfer gefallen zu sein. An und für sich wäre eine Zunahme der Infektionen nichts wunderbares, zumal in der ersten Zeit des Krieges, in der so viele jüngere Leute aus der bisherigen Umgebung und ihrem Berufe herausgerissen wurden, in der die Wogen der Begeisterung hoch gingen und neben Bachus und Gambrinus sicher auch Venus ein gut Teil Opfer entgegennehmen konnte. Finger (8) weist auf die begreifliche Neigung hin den Tag, der vielleicht der letzte sein kann, zu genießen, und auf die durch die stellenweise großen Ansammlungen von Weibern erleichterte Gelegenheit zu dem auch von Lipschütz (16) hervorgehobenen sexuellen sich Ausleben. Um so erfreulicher ist die Mitteilung Kaufmanns (15), daß die Prozentzahl der Geschlechtskrankheiten im Deutschen Heere, das im Jahre 1912/1913 mit 21.2 ‰ am günstigsten von allen Staaten dastand, sich im ersten Kriegsjahre beim Heimatsheere nur auf 29,2 ‰ gehoben hatte, während sie beim Feldheer auf 14,4 ‰ herabgegangen war, an welchem günstigen Erfolge Güth (13) der Sittenpolizei einen großen Anteil beimißt. Einen guten Gesundheitszustand sah Beron (4) auch bei der bulgarischen Armee, den er durch die moralischen Qualitäten besonders der Bauern erklärt, und bei der 2. k. k. Armee fand Moldovan (18) innerhalb des ersten Jahres 4 % des Gesamtstandes infiziert, davon 5 % an der Front, 20 % in der Etappe, 75 % außerhalb

Digitized by Google

des Armeebereiches. Wenn auch im weiteren Verlaufe des Krieges eine Zunahme der Geschlechtskrankheiten stattgefunden haben mag, wozu neben der längeren Abwesenheit Verheirateter von Hause [Lipschütz (16)] vornehmlich die Entwicklung des Stellungskampfes beitrug [v. Vebess (23)], bei dem ein großer Teil der Mannschaften den seelischen Erregungen und strengen Anforderungen des Kampfes in der vordersten Linie entzogen ist, so kann die Grundlosigkeit der im Anfang gehegten Befürchtungen, was das relative Ansteigen der Geschlechtskrankheiten beim Heere anbetrifft, als erwiesen angenommen werden, zumal wenn wir hören, daß unter den als dienstuntauglich aus dem deutschen Heeresverbande Entlassenen nur etwas mehr als 1% geschlechtskrank waren [Parlamentsberichte (19)].

Außerdem ist bei der angeblichen Verseuchung des Heeres in Betracht zu ziehen, daß, wie Scholtz (21) und Stern (22) hervorheben, viele Erkrankungen schon beim Eintritt in das Heer bestanden, zahlreiche andere stellen keine frischen Infektionen sondern Rückfälle früherer [Vogel (24)] sowie unausgeheilte alte Erkrankungen dar, die teils bei den genauen Untersuchungen festgestellt, teils von den Betreffenden aus leicht ersichtlichen Gründen angegeben wurden. Daran ändert der Umstand nichts, daß nach Berons (4) Erfahrungen bei dem bulgarischen Militär die Neigung besteht, um sich dem Nachdienen zu entziehen, die Infektion vor die Mobilmachung zu verlegen, wobei ihnen die Schwierigkeit der Feststellung zu statten kommt. Bendig (2) bezeichnet jedenfalls die meisten Lazarettfälle als alter Natur, Wolff (25) fand im Reservelazarett Stettin von 544 Geschlechtskranken 39% vor der Einberufung, 61% als Heeresangehörige, und Merz (17) in der Etappen-Sanitätsanstalt Solothurn von 189 Syphilitikern 82 dienstlich (d. h. während des aktiven Dienstes), 107 außerdienstlich (d. h. vor dem Krieg oder zwischen zwei Diensten), von 422 Gonorrhoikern 357 dienstlich, 365 außerdienstlich infiziert, die letztere Trennung sei jedoch schwieriger als bei Syphilis.

Aus den oben angeführten Zahlen Kaufmanns (15) ergab sich ein beträchtlicher Unterschied der Verhältniszahlen der Erkrankungen beim Heimatsheer und Feldheer, bei dem noch eine weitere Differenzierung eintritt, je nachdem sich der Truppenteil im Kampfgebiet oder in der Etappe befindet. So fand Gennerich (12) die Zunahme der Geschlechtskrankheiten, die er im ganzen für sicher hält, besonders bei stehenden Quartieren; Bruck (7) konnte eine solche während des Aufenthaltes seiner Kriegslazarettabteilung in einer Stadt von 80000 Einwohnern direkt beobachten, während nach Galewsky (10) die Erkrankungen an der Front selbst auffallend gering sind. In Übereinstimmung mit den

Digitized by Google

schon vorher angeführten Zahlen Moldovans (18), wonach 5% der Infektionen auf die Front, 20% auf die Etappe entfielen, 75% außerhalb des Armeebezirkes zustande kamen, stammten bei Pick (20) 11,6% aus dem Felde, 45,6% aus der Etappe, 42,8% aus der Heimat, bei Stern (22) 25% aus dem Felde, 75% aus der Heimat; v. Veress (23) stellte in Ostgalizien $^1/_3$ zu Haus, $^2/_3$ im Operations- und Etappengebiet Infizierte fest. Vogel (14) macht mit Recht darauf aufmerksam, daß die Lage des Lazarettes hierbei in Betracht gezogen werden muß; so fanden sich in seinem dicht hinter der Westfront gelegenen Lazarett 58% im Felde, 26% in der Heimat infiziert neben 16% Rückfällen. Merz (17), der bei der Schweizer Armee eine Zunahme der Geschlechtskrankheiten für unzweifelhaft hält, will die Beobachtung gemacht haben, daß für die Infektion mit Syphilis mehr größere Orte, für Gonorrhoe häufiger auch kleine und kleinste Orte in Betracht kommen.

Aus Frankreich berichtet Audry (1), daß er im Militärhospitale Toulouse vom 1. März 1911/1913 31 Syphilitiker, in der entsprechenden Zeit 1915/1917 851 hatte, wovon jedoch die Asiaten und Afrikaner, sowie die mobilisierten Arbeiter abgehen, so daß 497 verbleiben. Diese Zunahme ist jedoch mit Rücksicht auf den bedeutend vermehrten Mannschaftsbestand des Heeres nur eine absolute, keine relative, und die Vermehrung der Geschlechtskrankheiten durch den Krieg keinesfalls beträchtlich. Gaucher und Bizard (11) stellten von August 1914 bis August 1916 eine Zunahme der Syphilitiker von 1 : 10 auf 1 : 6, später auf 1 : 4 fest.

Über das Verhältnis der verschiedenen Geschlechtskrankheiten zueinander gibt Pick (20) an, daß es mit 5 : 3 : 2 (Gonorrhoe : Lues : Ulcus molle) dem des Friedens ziemlich gleich sei; außerdem finden wir noch folgende Angaben:

	Syphilis	Gonorrhoe	Ulcus molle
Brinitzer (6)	22%	71%	7%
Beretvas (3) (716 Fälle)	23%	41% davon 12% Epididymitis	36% davon 12% Bubo
Vogel (24)	29%	69%	2%

Wenn nach den angeführten Berichten die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Heere nicht als bedenklich angesehen zu werden brauchte, so verdient doch ein Punkt für die Verhältnisse des Heimatsgebietes und die Zeit nach dem Kriege ernsteste Beachtung. Es hat sich nämlich herausgestellt, daß sich unter den Erkrankten ein gegen die Friedensverhältnisse wesentlich erhöhter Prozentsatz verheirateter und älterer Leute befindet. Auf die ersteren entfallen bei Pick (20)

Digitized by Google

23,8%, Brinitzer (6) 29%, Finger (9) und Scholtz (21) 33⅓%, Vogel (24) 35%, Blumenfeld (5) 41%, Galewsky (10) unter den Syphilitikern seines Lazarettes 40—50%, unter den Gonorrhoikern 30 bis 40%. Allerdings scheinen in dieser Beziehung schon im Frieden große Unterschiede bestanden zu haben, da in diesem die Zahl der Verheirateten nach Vogel (24) in Breslau 33,6% betrug, denen er nach Fingers Angabe 10,1% in Wien gegenüberstellt.

Blumenfeld (5) fand in einem Reservespital die älteren Jahrgänge verhältnismäßig stärker als sonst vertreten, Brinitzer (6) im Alter von

20—30	Jahren	72,6%
30—35	„	16,0%
36—40	„	8,8%
40—45	„	2,0%.

Auf den veränderten Anteil der einzelnen Jahresklassen werden wir bei der Betrachtung der Verhältnisse im Heimatsgebiet noch zu sprechen kommen: er steht naturgemäß zu der Steigerung des Anteils der Verheirateten in Beziehung, und es liegt darin eine große Gefahr für die in der Heimat zurückgebliebenen Familien.

Literatur.

1. Audry, De la Diffusion de la Syphilis dans la region Toulousaine pendant deux années de guerre. Ann. de Derm. et de syph., 1917, Bd. 4, Nr. 8. — 2. Bendig, Die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten für den Krieg, mit Berücksichtigung des Württembergischen XIII. Armeekorps. Württ. med. Korr., 1915, Nr. 19. — 3. Beretvás, Beiträge zur Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten im Felde. Der Militärarzt, 1916, Nr. 17. — 4. Beron, R., Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter den in Mazedonien stehenden bulgarischen Truppen und die Frage der Prostitution in den eroberten Gebieten. Derm. W., 1916, Bd. 62, Nr. 31 u. 32. — 5. Blumenfeld, A., Zur Bewertung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. Der Militärarzt, 1916, Nr. 13. — 6. Brinitzer, E., Haut- und Geschlechtskrankheiten bei Kriegsteilnehmern. M. Kl., 1915, Nr. 17. — 7. Bruck, C., Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Felde. M. m. W., 1915, Nr. 4, Feldbeil. — 8. Finger, E., Die Geschlechtskrankheiten und der Krieg. W. kl. W., 1914, Nr. 45. — 9. Finger, E., Geschlechtskrankheiten und Hautkrankheiten im Kriege. W. m. W., 1916, Nr. 21. — 10. Galewsky, Über die Behandlung geschlechtskranker Soldaten in den Reservelazaretten und die spätere Fürsorge für dieselben. Fortschr. d. Med., 1915/16, Nr. 34. — 11. Gaucher und Bizard, Syphilis nach zwei Kriegsjahren, Ann. des mal. vénér., Januar 1917. (Ref. Derm. W., 1917, Bd. 64, Nr. 21.) — 12. Gennerich, Zur Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten im Felde. M. m. W., 1915, Nr. 16. — 13. Güth, Prostitutionspolitik nach dem Kriege. Öffentl. Gesundheitspfl., 1916, Bd. 1, S. 257. — 14. Haberling, W., Das Dirnenwesen in den Heeren und seine Bekämpfung. Zschr. f. Bek. d. Geschlechtskrkh., 1914, Bd. 15. — 15. Kaufmann, Krieg, Geschlechtskrankheiten und Arbeiterversicherung, Berlin 1916. — Lipschütz, Dermatologische Beobachtungen während des Krieges. III. Der Einfluß des Krieges auf das Auftreten von Haut- und Geschlechtskrankheiten. W. kl. W., 1917, Nr. 26. — 17. Merz, H., Die dermatologisch-venerologische Abteilung der Etappen-Sanitätsanstalt Solothurn. Schweiz.

Digitized by Google

Korr. Bl., 1917, Nr. 4. — 18. Moldovan, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei der Armee im Felde. Feldärztl. Tagung bei der k. k. 2. Armee, Lemberg, Febr. 1917. (Ref. D. m. W., 1917, Nr. 14.) — 19. Parlamentsverhandlungen: Reichstagsausschuß für Bevölkerungspolitik. (Elster, A., Chronik der sozialen Hygiene. Öff. Gesundheitspfl., 1917, Bd. II, H. 9.) — 20. Pick, W., Ein Erfolg im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten. W. m. W., 1915, Nr. 41. — 21. Scholtz, W., Verbreitung, Bekämpfung und Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege. D. m. W., 1915, Nr. 25. — 22. Stern, C., Die Behandlung geschlechtskranker Soldaten im Kriege. D. m. W., 1915, Nr. 16. — 23. v. Veress, Fr., Die Behandlung der geschlechtskranken Soldaten im Felde. Der Militärarzt, 1916, Nr. 17. — 24. Vogel, Krieg, Ehe und Geschlechtskrankheiten. M. m. W., 1917, Nr. 40. — 25. Wolff, Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Heere und ihre Verhütung. Mitt. D. Ges. Geschlechtskrkh., 1915, Bd. 13, Nr. 1. (Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Über die Behandlung der Blennorrhoe des Mannes mit Choleval, von Fritz M. Meyer-Berlin. (M. Kl., 1917, Nr. 3.) Das Krankenmaterial des Verf. im Lazarett hat den Vorzug, daß die Patienten gut überwacht und kontrolliert sind, und ihnen alle Schädlichkeiten ferngehalten werden, und den Nachteil, daß vor Beginn einer rationellen Behandlungsweise einige Tage, bisweilen Wochen vergehen. Bei den akuten, unkomplizierten Fällen fand der Verf. bei täglich dreimaligem Spritzen mit einer $^1/_4$—1%igen Cholevallösung eine Heilungsdauer von 1 Tage bis 5 Monate; besonders auffallend sind die häufigen Rückfälle, die wohl darauf zurückzuführen sind, daß das Choleval adstringierende Eigenschaften hat, welche ein sehr schnelles Aufhören des Sekretes veranlassen und dadurch zum zu frühen Aussetzen der Therapie verleiten. Ferner hat das Choleval zytolytische Eigenschaften, welche einen sehr schnellen Zerfall der Eiterkörperchen hervorrufen und das mikroskopische Bild des Sekretes ungewöhnlich schnell ändern. Unangenehme Nebenwirkungen hat Verf. auch bei Konzentrationen bis 1% kaum beobachtet (bei 3% leichtes Brennen); nur in einem Falle ein schweres Choleval-exanthem. Die Ergebnisse seiner Beobachtungen faßt der Verf. zusammen: Das Choleval hat bakterizide, zytolytische, adstringierende Eigenschaften; es ist den übrigen Silbersalzen nicht überlegen; aber bei den oft langwierigen Blennorrhoen ist es wie jedes neue, brauchbare Mittel freudig zu begrüßen, um die Therapie wechseln zu können. O. Lasch-Breslau.

Die Cholevalbehandlung der Blennorrhoe, von Kall. (D. m. W., 1917, Nr. 40.) An einem Material von 200 Kranken kam K. zu dem Ergebnis, daß das Choleval ein wenig reizendes, aber auch nicht stark bakterizides Silberpräparat ist. Infolge der starken adstringierenden Wirkung und der geringen Reizbarkeit eignet sich das Choleval ganz besonders zur Nachbehandlung der Blennorrhoe. Bei der chronischen Blennorrhoe erzielte K. mit diesem Präparat bessere Resultate als bei der akuten Blennorrhoe. Ein großer Anteil an diesen guten Resultaten muß allerdings auch der bei der chronischen Blennorrhoe angewandten Heizsonde zugeschrieben werden. Infolge seiner geringen Reizbarkeit ist das Choleval bei Posteriorerkrankungen, selbst bei den schwersten Formen, das Mittel der Wahl. E. Brinitzer-Altona.

Die kombinierte Behandlung der Blennorrhoe mit Heißbädern und verdünnter Dakinlösung, von Fr. Duncker. (M. m. W., 1917, Nr. 25.) Wegen der bedrohlichen Erscheinungen, die bei heißen Vollbädern auftraten (Scholtz, Weiss), behandelt Duncker mit Halbbädern, deren Temperatur durch allmähliches Zulassen von 60—70° warmem Wasser in 10 Minuten auf 45—46° C. gesteigert wird. Die Füße bleiben außerhalb des Wassers. So kann man selbst bis 48° gehen. Bei dieser Temperatur wird der Kranke 15 Minuten gehalten. Besonders gut waren die Resultate bei unkompliziertem akuten und subakuten Harnröhrentripper. Der Ausfluß hörte in vielen Fällen nach 2—3 Bädern, die in Abständen von 3—4 Tagen gegeben wurden, völlig

Digitized by Google

auf. Zur Unterstützung der Heißbadbehandlung wurden die Kranken morgens mit verdünnter Dakinlösung (Wasser und Dakinlösung zu gleichen Teilen), mittags und abends mit Protargol gespritzt. Alle Lösungen haben eine Temperatur von 40—42° C. Die durchschnittliche Behandlungsdauer wurde auf 21 Tage abgekürzt gegen 41 Tage bei der sonst üblichen Behandlung. A. Witte-Bremen.

Die Bewertung der Gonargintherapie und -diagnostik, von Götze-Kiel. (M. m. W., 1917, Nr. 5.) Das Gonargin wird intravenös in Dosen von 0,2—0,8 ccm in zweitägigen Abständen angewandt. Für die Vakzinetherapie scheidet die akute Blennorrhoe aus; bei Epididymitis und Blasenkatarrh sind die Erfolge gut. Von Arthritis blennorrhoica kamen nur drei Fälle zur Behandlung, so daß kein abschließendes Urteil möglich ist. Bei Prostatitis ist mit dem Gonargin allein kein nachhaltiger Erfolg zu erzielen, immerhin ist es ein wichtiges Unterstützungsmittel der übrigen Therapie. Die Fieberbewegungen nach den Injektionen geben nur geringen diagnostischen Anhalt. Als Provokationsmittel ist es unsicher, denn der negative Gonokokkenbefund nach Gonargininjektionen schließt spätere Rückfälle nicht aus. A. Witte-Bremen.

Die Bedeutung des Jods bei Blennorrhoea, von M. Abramowitz-Baltimore. (New York m. J., 26. August 1916.) Ausgehend von der unbestrittenen Tatsache, daß Jod in entsprechender Stärke Bakterien tötet, eine besondere Anziehung für spezifisch entzündetes Gewebe besitzt, die Resorption von Bindegewebe begünstigt und dessen Neubildung verhütet, kam A. auf die Idee, Jod, vorausgesetzt, daß es gelingt, es seiner heftig reizenden Eigenschaften zu berauben, bei Blennorrhoea anzuwenden. Zu diesem Zwecke erwies sich das kolloidale Jod — ein französisches Präparat —, das A. nun seit über einem Jahre mit stets verbesserter Technik und Erfolge anwandte, als sehr geeignet; jedoch ist dafür Sorge zu tragen, daß nur solche Präparate, die durch geeignete Dialyse von Elektrolyten frei und absolut beständig gemacht worden sind, zu verwenden sind. Die Technik der Anwendung ist in kurzem folgende: Nachdem Patient Urin gelassen hat und der vordere Teil der Harnröhre mit warmer Borlösung ausgespritzt worden ist, wird derselbe möglichst ausgedrückt (trocken gemacht) und dann 2—3 ccm elektrokolloidalen Jods mittels speziell konstruierter (Luftdruck-) Spritze injiziert; ein Watteschutzverband über das Glied gegeben. Die Einspritzung wird zweimal pro Tag wiederholt, die Gonokokken verschwanden nach 5—7 Tagen, völlige Heilung trat nach 10—12 Tagen ein. Im ganzen wurden 20 Fälle akuter Blennorrhoea der vorderen Harnröhre, 14 subakuter und 12 Fälle von chronischer Urethritis posterior, bei welchen 5—6 ccm kolloidalen Jods täglich einmal injiziert wurden, und fünf Fälle von blennorrhoischer Vaginitis und Endozervizitis, bei welchen Jodsuppositorien nach entsprechender Vorbereitung und mittels Tamponade eingeführt wurden, mit gutem Erfolge behandelt. M. Stern-München.

Behandlung der Blennorrhoe mit intramuskulären Succinimid-Quecksilberinjektionen, von Geo B. Lake. (M. Record, 17. April 1915.) Verf. gibt bei Tripper eine intramuskuläre Injektion von 0.065 Succinimidquecksilber, der eventuell in einigen Tagen eine zweite von 0,04 folgt. Die Gonokokken sollen in einigen Tagen verschwinden. R. Fruhwald-Leipzig.

Meine Erfahrungen mit Styptol bei Erektionen, von Winderl-Berlin. (M. m. W., 1916, Nr. 50.) Zur Bekämpfung der Erektionen bei Blennorrhoe wendet W. seit fünf Jahren Styptol mit gutem Erfolg an. (Dreimal täglich eine Tablette, eventuell abends zwei Tabletten.) A. Witte-Bremen.

Über die Behandlung der Blennorrhoe mit Tierkohle, von M. Oppenheim und Max Schlifka. (W. m. W., 1916, Nr. 28.) Die starke desinfizierende Kraft der Tierkohle hat die Verff. auf den Gedanken gebracht, sie bei Blennorrhoe anzuwenden. Sie machen jeden zweiten Tag mit einer Spritze Spülungen mit einer Suspension 1 Mercksche Tierkohle auf 100 abgekochtes Wasser. Die Einspritzungen sind völlig reizlos; nach etwa 24 Stunden ist die gesamte Kohle aus dem Harn entfernt. Verff. kombinieren aber die Kohlespülungen mit der Anwendung von Adstringentien und anderen bisher üblichen therapeutischen Maßnahmen. Als spezielle Indikation betrachten sie Urethritis totalis und Urethrozystitis. Der Urin wird rasch geklärt, die Behandlungsdauer beträgt durchschnittlich 44 Tage. R. Frühwald-Leipzig.

Vergleichende Versuche mit verschiedenen Zinksalzen bei Blennorrhoe, von Friedrich Schaefer. (Ther. Mh., 1917, Nr. 9.) Verf. hat an allerdings nur acht Fällen das Zinksalz Zibosal geprüft und entgegen den Erfahrungen mit den sonstigen Zinksalzen eine gute Heilwirkung beobachtet, insofern als eine ganz bedeutende Verkürzung des

Digitized by Google

Heilprozesses und kein Rückfall eingetreten sein soll. Das Präparat (= borylsaures Zink) wird in $^1/_4$—$^1/_2$%iger Lösung angewandt. E. Klemm-Leipzig.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Untersuchungen über die Haarrichtung der Haussäugetiere, vorläufige Mitteilung, von Theodor Nieboda-Wien. (Anat. Anz., 1917, Bd. 50.) Die Anordnung der Haarrichtungen in divergierende und konvergierende Ströme nach Eschricht und Voigt läßt sich auch an allen unseren Haustieren feststellen. Jede Spezies hat im allgemeinen charakteristische Haarrichtungen mit Rücksicht auf die Ausdehnung und Art des Zusammentreffens der einzelnen divergierenden Zentren. Individuen derselben Art weisen, abgesehen von den konstant vorkommenden Haarwirbeln, noch sehr mannigfaltige Variationen auf. Das Alter, die Rasse und das Geschlecht des Tieres spielen keine besondere Rolle in der Haarrichtung. Enge Blutsverwandtschaft bedingt oft gleiche Haarrichtungen, doch weisen auch Tiere aus einem Wurf Verschiedenheiten auf. Die Ähnlichkeit der Haarrichtungen beim Menschen und Affen (Schwalbe) und der Vergleich der Haussäugetiere, die ein erweitertes dorsales Rückenfeld besitzen, mit dem Menschen lassen auf einen gesetzmäßigen Zusammenhang vom entwicklungsgeschichtlichen Standpunkt aus schließen. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Eine „Pigmentdrüse" in der Nasenhaut des Hasen, von S. v. Schuhmacher-Innsbruck. (Anat. Anz., 1917, Bd. 50, Nr. 8.) Bei Schneehasen findet sich in der Haut des Nasenrückens, etwa 5 mm von der Nasenspitze entfernt, genau in der Medianebene, eine stark pigmentierte, grubenförmige Vertiefung. Am Grunde der Grube erkennt man an Sagittaldurchschnitten schon makroskopisch einen etwa hirsekorngroßen, nahezu schwarz erscheinenden Körper. Bei Vergrößerung zeigt sich im Bereiche der grubenförmigen Vertiefung eine örtliche mächtige Verdickung der Epidermis, die durch ihren außerordentlichen Reichtum an Pigment auffällt und sich von der nicht oder nur schwach pigmentierten Umgebung scharf abhebt. Von der verdickten Epidermismasse dringen alveoläre, gleichfalls stark pigmentierte Fortsätze in das darunterliegende Korium ein, so daß das ganze Gebilde wie eine verzweigte, alveoläre Drüse erscheint und, abgesehen vom Pigmentreichtum, einer Talgdrüse ähnelt. In der Grube finden sich stets in größerer oder geringerer Menge abgestoßene Epidermismassen, zum Teil stark pigmentiert. Haare fehlen im Bereich der Pigmentgrube vollkommen. Es handelt sich demnach um ein epidermales Gebilde, das seiner Form nach einer verzweigten, alveolären Drüse entspricht, wobei die Alveolen ähnlich wie bei den Talgdrüsen vollständig mit Epithelzellen erfüllt sind; letztere zeigen aber nirgends Zeichen der Verfettung und unterscheiden sich hauptsächlich nur dadurch von den benachbarten Epithelzellen, daß sie außerordentlich reich pigmentiert sind. Pigment wird mit den in lebhafter Abstoßung begriffenen Epidermisschuppen in großer Menge nach außen befördert und daher ist das Gebilde als „Pigmentdrüse" zu bezeichnen. Das Pigment entsteht an Ort und Stelle in der Epidermis selbst. Bei einem Feldhasen und einem Kaninchen fand S. genau an derselben Stelle wie beim Schneehasen die Pigmentdrüse wieder. Die des Feldhasen unterscheidet sich in keinem Punkte von der des Schneehasen, sie zeigt dieselbe Größe, Lappung und ist mäßig stark pigmentiert. Die Lappung beim Kaninchen ist weniger hochgradig als bei den ersteren und namentlich dringen die Epidermissprossen viel weniger tief in das Korium ein, so daß hier das ganze Gebilde wesentlich kleinere Ausmaße besitzt. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Zellstudien. I. Bau der Epidermiszelle, vorläufige Mitteilung, von B. Rosenstadt. (Anat. Anz., Bd. 50, Nr. 8.) Zu kurzem Referat nicht geeignet.
O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Klinische und experimentelle Studien über die Innervation der Schweißdrüsen, von Hermann Dieden. (Diss., Würzburg 1915.) Eingehende Tierversuche, deren ausführliche Resultate im Originale nachgelesen werden müssen.
R. Frühwald-Leipzig.

Die Lymphgefäße der Haut des Hundes, von Hermann Baum-Dresden. (Anat. Anz., 1917, Bd. 50, Nr. 1—2.) Eingehende Darstellung der makroskopisch verfolgbaren Hautlymphgefäße des Hundes, wie sie nach der Einstichmethode der Verf. feststellen konnte. Näheres siehe im Original. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Vorläufige Mitteilung über Entstehung und Bedeutung der Augenbrauenwülste, zugleich ein Beitrag zur Abänderung der Knochenform durch physiologische Reizung des Periostes, von Otto Aichel-Kiel. (Anat. Anz., 1916, Bd. 49, Nr. 18.)

Digitized by Google

Bei der Modellierung der Stirngegend kommt folgendes in Betracht: Die Zugwirkung des Musculus masseter am Jochbogen, sowie diffuse Druckwirkungen, welche die Kaufunktion veranlaßt, beeinflussen die Massenausdehnung des Jochbogens und des Oberkieferknochens durch direkte Beanspruchung der Knochensubstanz. Die Größe des Augentrichters wird hierdurch und durch seinen Inhalt bestimmt. Zu der Form der Gesichtspfeiler muß der allgemeine Stirnbau in Korrelation treten. Variation in der Lagebeziehung des Gehirns zum Gesichtsschädel, stärkere oder schwächere Überlagerung des Gesichtsschädels durch das Gehirn, bewirkt Vorhandensein oder Fehlen des Pars praecerebralis des Stirnbeins, sowie stärkere oder geringere Einschnürung des Schädels zwischen Orbita und Gehirnabschnitt. Physiologische Reizung des Periostes durch Zug, der direkt und indirekt von der Muskulatur ausgelöst wird, führt zu Knochenanbau in der Stirngegend; hierauf beruht die Bildung des Arcus supraorbitalis; Druck auf das Periost von seiten des Musculus corrugator erzeugt den Sulcus supraorbitalis, durch den eine Pars medialis und lateralis des Arcus supraorbitalis gesondert wird. Erkennt man die in dieser Mitteilung für die Modellierung der Stirngegend in Betracht kommenden Faktoren an, so muß der Gedanke aufgegeben werden, daß die verschiedenen Formen der Augenbrauenwülste genetische Beziehungen darlegen. O. Gans-Karlsruhe.

Über die Beobachtung der Hautkapillaren und ihre klinische Bedeutung, von Eugen Weiss-Tübingen. (M. m. W., 1917, Nr. 19.) Die Möglichkeit, die Kapillaren der Haut am Lebenden mikroskopisch zu beobachten, beruht auf der Aufhellung der Haut mit beliebigen Ölen; Weiss empfiehlt besonders das Immersionszedernöl. Die erforderliche Apparatur ist denkbar einfach: eine abgeblendete 200kerzige Osrambirne, eine Linse, um die Lichtstrahlen zu sammeln, am Mikroskop eine Haltevorrichtung, um den zu beobachtenden Finger fixieren zu können; es wird mit 40facher Vergrößerung gearbeitet. Für normale Beobachtung eignet sich am besten der Nagelfalz in der Umgebung der Lunula. Der Apparat für wissenschaftlich-experimentelle Beobachtung ist im Arch. f. klin. M., Bd. 119, H. 1 beschrieben. Die bisherigen Beobachtungen an den Kapillaren haben ergeben, daß diese und die in ihnen herrschende Blutströmung bei einer Reihe pathologischer Prozesse Veränderungen zeigen. In der medizinischen Klinik in Tübingen sind z. Zt. Untersuchungen im Gange, welche die Kapillarveränderungen bei den verschiedenen Exanthemen und Ausschlägen zum Gegenstand haben. A. Witte-Bremen.

Zur diagnostischen Verwertbarkeit der mikroskopischen Hautkapillaren-Untersuchungen am lebenden Menschen, von Ludwig Thaller, E. v. Draga-Zagreb. (W. kl. W., 1917, Nr. 22.) Der Verfasser gibt eine Vereinfachung der von Weiss empfohlenen Untersuchungsmethode an: Betupfung des Nagelfalzes mit Zedernöl; darauf wird die Stelle unter ein Zeisssches Mikroskop (Obj. A und Oc. 4) gestellt und von oben mit Nernstlampe beleuchtet. Auch eine Trockenbatterielampe genügt. Nach kurzem Suchen, wobei man den Finger mit der rechten Hand fixiert, sieht man die dunkelroten Kapillaren auf dem hellroten Untergrunde aufleuchten. Bei nephritischen Albuminurien sieht man Schlängelung und Anastomosenbildung der Kapillaren, bei einfacher Albuminurie fehlen dieselben. H. Vörner-Leipzig.

Die Bewegungen der Hautkapillaren, von Ludwig Thaller, E. v. Draga-Zagreb. (W. kl. W., 1917, Nr. 22.) Bei der Beobachtung der Nagelfalzkapillaren mit der vorher erwähnten Methode läßt sich feststellen, daß in den Kapillaren eigenartige An- und Abschwellungen stattfinden. Diese Bewegungen sind regellos und hängen nicht direkt vom Herzschlag ab. H. Vörner-Leipzig.

Beitrag zur Verteilung der Nerven in der menschlichen Haut, von F. da Simonelli. (Internat. Mschr. f. Anat., 1914, Bd. 31. S. 287.) Die menschliche Haut enthält im wesentlichen zwei Nervenendigungen: die Meissnerschen Körperchen und die Ruffinischen Papillarbüschel. Bei beiden Arten handelt es sich möglicherweise um Nervenendigungen von gemeinsamer Funktion. Sogenannte Golgi-Marzonische Körperchen gibt es in der menschlichen Haut. Dieselben sind nur als kleinere Abarten der monolobulären Meissnerschen Körperchen aufzufassen. K. Boas-Rostock.

Über die Struktur der spinalen Sensibilitätsbezirke der Haut, von A. Goldscheider-Berlin. (Zschr. f. klin. M., 1917, Bd. 84, H. 5 u. 6.) Die außerordentlich lehrreichen Untersuchungsmethoden und ihre Ergebnisse sind leider zu einem kurzen Referat nicht geeignet, sollten aber im Original nachgelesen werden. O. Gans-Karlsruhe.

Digitized by Google

Verschiedenes.

Der Jahresversammlung der **Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten,** die am 27. März d. J. unter dem Vorsitz von Prof. Blaschko in Berlin stattfand, wohnten zahlreiche Vertreter der staatlichen und kommunalen Behörden, der Landesversicherungsanstalten und Krankenkassen, sowie viele Berliner und auswärtige Ärzte bei. Aus dem Berichte des Generalsekretärs Prof. Pinkus ging hervor, daß auch in diesem Jahre wieder eine sehr ausgedehnte Tätigkeit entfaltet wurde. Sie arbeitete an der Aufklärung und Belehrung über die Geschlechtskrankheiten durch Abhaltung von Vorträgen, die im Lande sowie an der Front gehalten wurden, durch Versendung von Schriften und Bereitstellung von Demonstrationsmaterial. Ihre seit Jahren bekannte Wanderausstellung wurde in vielen deutschen Städten in Verbindung mit den dortigen Ortskrankenkassen und Landesversicherungsanstalten ausgestellt, wodurch auch auf die von den letzteren eingerichteten Beratungsstellen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wirksam hingelenkt wird. Die Gesellschaft dehnte sich ferner durch Neugründung von Ortsgruppen in verschiedenen deutschen Städten aus.

In einem Vortrage über die sozialen Richtlinien der Prostitutionsbekämpfung zeigte Dr. Bozi-Bielefeld, wie an Stelle der juristischen Maßnahmen mehr und mehr die sozialen zu treten haben. Die Verhältnisse, in denen die Prostitution Nahrung findet, müssen geändert, der Prostitution muß durch Wohnungsfürsorge, Kinderschutz, Sorge für die unehelichen Kinder usw. der Boden entzogen werden. Daneben bedarf es pfleglicher Maßnahmen gegenüber den Prostituierten. Der Vortragende war in der Lage, sich hier auf die praktischen Erfahrungen und die Erfolge zu berufen, die man in Bielefeld, Minden und Danzig mit Schutzaufsicht und bedingter Aussetzung der polizeilichen Haftstrafen gemacht hat. Dort werden Prostituierte, die der Landespolizeibehörde überwiesen sind, sofern sie sich unter Schutzaufsicht stellen, in das Arbeitshaus erst überführt, wenn sie rückfällig werden oder sich sonst der Schutzaufsicht entziehen. Es wird erstrebt, dieser Maßregel in dem jetzt zur Beratung stehenden Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten eine gesetzliche Grundlage zu geben.

Hierauf erstattete für den ins Feld einberufenen Reichstagsabgeordneten Dr. Struve Prof. Blaschko den Bericht über das neue Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, für welche die Sachverständigenkommission der Deutschen Gesellschaft wertvolle Vorarbeiten geleistet hat. Der Vortragende sieht in dem Gesetz einen großen hygienischen Fortschritt, vor allem deswegen, weil er durch die lang angestrebten Abänderungen der §§ 180 und 361,6 des Str.-G.-B. freie Bahn für die notwendigen gesundheitlichen Reformen schafft. Freilich ist in seinen positiven Vorschlägen der Entwurf vielfach zu zaghaft und dürftig ausgefallen. Hier hat die bisherige Arbeit des Ausschusses für Bevölkerungspolitik in geschickter Weise ergänzend gewirkt, vor allem dadurch, daß er sich nicht darauf beschränkt hat, die gewerbsmäßige Prostitution einer gesundheitlichen Kontrolle zu unterwerfen, sondern diese auf alle Personen, die dringend verdächtig sind, Geschlechtskrankheiten zu verbreiten, ausgedehnt wissen will. Wenn auch diese Bestimmung in der Praxis im wesentlichen auf die gewerbsmäßige Prostitution Anwendung finden wird, so ist diese Erweiterung nicht nur vom prinzipiellen Gesichtspunkt aus zu begrüßen, es wird damit der Behörde die Möglichkeit gegeben, in flagranten Fällen auch bösartige Schädlinge des männlichen Geschlechts zu treffen. Hingegen sieht Blaschko in dem von dem Ausschusse gewünschten Behandlungszwang für alle Venerischen ein bedenkliches Experiment, das leicht eine der gewünschten entgegengesetzte Wirkung haben könne. Für die in Aussicht genommene Neugestaltung der Prostituiertenkontrolle schaffen das Gesetz und die auf dieses aufgebauten Bundesratsvorschriften in ihrer jetzigen Form noch keine ausreichenden Unterlagen, auch hier wird die Arbeit des Reichstagsausschusses noch klärend und ergänzend eingreifen müssen.

Geh. Med.-Rat Prof. Joseph Jadassohn wurde zum korrespondierenden Mitgliede der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien gewählt.

San.-Rat Dr. Max Ihle in Leipzig ist am 1. April gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

27. April 1918 | Nr. 17 | Band 66

Hautkrankheiten bei farbigen Rassen.

Beiträge aus den deutschen Schutzgebieten.

Von

Dr. Gustav Heim in Bonn.

Lupus — Psoriasis — Parasitäre Hautkrankheiten.

Vor zwei Jahren habe ich in der „Dermatologischen Zeitschrift" (1916, 6. Heft) Mitteilungen gemacht über die Seltenheit des Lupus und der Psoriasis in heißen Ländern. Ich stützte mich dabei teils auf meine Unterredungen mit Ärzten in Ägypten und Deutsch-Südwestafrika, teils auf meine schriftlichen Anfragen bei Ärzten der anderen deutschen Schutzgebiete, teils auf Literatur, besonders auf die bisher erschienenen Medizinalberichte über die deutschen Schutzgebiete[1]). Wenn bei den ganz vereinzelten Fällen, die ich aufzutreiben vermochte, und beim Mangel von Beschreibungen des Krankheitsbildes es zweifelhaft erscheinen könnte, ob die beiden Krankheiten in den Tropen, sowohl bei Weißen als bei Farbigen, überhaupt vorkommen, so hat doch J. D. Kayser durch sehr genaue Schilderung und Abbildung eines bei einem auf Java geborenen Malaien beobachteten ausgeprägten Falles schlagend bewiesen, daß bei farbigen Tropenbewohnern Psoriasis in jener ganz typischen Form auftreten kann, die wir in deutschen Kliniken zu sehen gewöhnt sind.

Es ist nicht leicht, für die staunenswerte Seltenheit der beiden schweren Hautleiden in den heißen Ländern eine in jeder Hinsicht befriedigende Erklärung zu liefern. Gegen Immunität der farbigen Rassen spricht das anscheinend kaum weniger seltene Auftreten bei den dortigen Europäern. Was die Tuberkulose betrifft, mit der man neuerdings auch die Psoriasis in Zusammenhang bringen will, so ist sie auch auf jenen Landstrichen mehr oder weniger verbreitet, und in einigen unserer Schutzgebiete erheben sich sogar warnende Stimmen, die über ungünstigen Verlauf der Tuberkulose in den Tropen reden. Auch sei erwähnt, daß Konrad Siebert in Nord-Neu-Mecklenburg (Bismarck-Archipel) Skrophuloderma fand, obwohl Lupus vulgaris vollständig fehlte. Als ich von A. Scheuber in Kairo hörte, daß er dort während 9jähriger derma-

[1]) Erschienen bei Mittler u. Sohn in Berlin.

Digitized by Google

tologischer Praxis, abgesehen von einer eingewanderten Griechin, keinen einzigen Fall von Lupus vulgaris gesehen habe, fielen mir die großen Erfolge ein, die beim Lupus die Lichtbehandlung hervorgebracht hat. Der machtvollen Sonnenstrahlung der heißen Länder darf wohl zugetraut werden, daß sie mit genügender Kraft in die Gesichtshaut eindringe, um jeden darin auftretenden Tuberkelbazillus rasch zu vernichten. Doch versagt diese Erklärung gegenüber der unter den Kleidern versteckten Psoriasis. Mögen die Eingeborenen im Innern des Landes nackt gehen, so tragen sie doch in den größeren von Europäern bewohnten Ansiedlungen, ebenso wie diese, Kleider. Ob die starke Lichtstrahlung bei der dünnen Bekleidung dennoch den Ausbruch dieser Krankheiten verhüten könne, sei dahingestellt. Zwar kommt auch die bei hoher Temperatur stark gesteigerte Hauttätigkeit in Betracht, welche die Möglichkeit vermehrter Ausscheidung von Giften und Mikroben gewährt.

Indes beginnt man an klimatischen Ursachen der Seltenheit derartiger Hautleiden aufs neue zu zweifeln, wenn man eine Reihe von Äußerungen vernimmt, daß just parasitäre Krankheiten der Haut, sowohl von pflanzlichen als von tierischen Lebewesen hervorgerufene, bei den Farbigen auffallend überwiegen. Der bereits vorhin erwähnte KONRAD SIEBERT, der, im Anschluß an die NEISSERsche Syphilisexpedition nach Batavia, eine Reise nach Deutsch-Neu-Guinea machte, erblickt sogar einen Hauptgrund der vielen infektiösen Hautleiden, die er bei den Farbigen Nord-Neu-Mecklenburgs im Bismarck-Archipel fand, im Nacktgehen. Nach seinem Bericht besteht nämlich bei diesem Volke, das der melanesischen, einer dem Negertypus ähnlichen Rasse angehört, die männliche Kleidung meist nur aus einem um die Lenden gelegten Kattunlappen, während man bei den Frauen wohl von Bekleidung überhaupt nicht reden kann. Allerdings kann man ja nicht erwarten, daß das Sonnenlicht gegen alle ihm ausgesetzte Hautkrankheiten sich so wirkungsvoll erweisen müsse, wie wir es beim Lupus kennen gelernt haben, zumal da wir noch gar nicht bestimmt sagen können, ob hier eine Äußerung seiner Bakterienfeindschaft vorliege. Man darf auch nicht vergessen, daß andererseits die Nacktheit Infektionen begünstigt, indem durch sie der Körper namentlich an den unteren Teilen der Extremitäten allerlei Verletzungen ausgesetzt ist, die den Mikroben zahlreiche Pforten öffnen. Dazu gesellt sich der Leichtsinn und die Unsauberkeit der Farbigen, die auch SIEBERT mitbeschuldigt. In Deutsch-Südwestafrika, wo ich sie fast nur vollständig bekleidet sah, halten sie die Kleider wochen- und monatelang Tag und Nacht am Leibe, bis sie schließlich zerrissen und zerfetzt gegen bessere, aber vielleicht schon von anderen getragene, vertauscht werden. Üblich ist dort auch das Aus-

Digitized by Google

tauschen und wechselseitige Tragen der Kleider unter Freunden und Bekannten; Pfeifen und Eßwerkzeug gehen von Mund zu Mund. Auch auf den Marschallinseln tauschen die Farbigen, namentlich die Frauen, gegenseitig die Kleider; Hemden, Unterröcke, Kleider wechseln fortwährend die Besitzerinnen, und der dortige Regierungsarzt Born sieht in dieser Unsitte einen wesentlichen Verbreiter ansteckender Hautkrankheiten. Nicht sauberer scheinen die Eingeborenen der Marschallinsel Nauru zu sein, von denen A. Müller gelegentlich bemerkt:

„An eine Ansteckung glauben sie nicht und weisen jede Belehrung damit zurück, daß sie doch auch schon Krankheiten gehabt hätten und nicht einsehen, warum die Europäer mehr davon wissen sollten als sie selbst. Falls ein Familienmitglied erkrankt, strömen alle Verwandten zusammen, wobei dann die gemeinsame Pfeife zwischen Gesunden und Kranken die Runde macht. Zur Beseitigung von Nasenschleim und anderen Sekreten dient einfach die Hand eines Angehörigen, die dann natürlich nicht gewaschen, sondern bestenfalls im Haar abgewischt wird. Wenn dann noch ein Kranker, der in einem Hause nicht gleich besser wird, von dort in ein anderes getragen wird, so kann man verstehen, wie jede Epidemie sich über die ganze Insel verbreiten muß. Anzuerkennen ist, daß unter dem Einfluß der Missionen unter der jüngeren Generation in dieser Hinsicht eine geringe Besserung zu bemerken ist[1])."

Bei solcher Sorglosigkeit und Schmutzwirtschaft ist es nicht zu verwundern, daß parasitäre Hautleiden in üppigster Weise gedeihen. Mancherlei zum Teil komische Gebräuche schaffen noch besondere Gelegenheit zur Ansteckung. Auf der Marschallinsel Jaluit läßt z. B., wie der dortige Regierungsarzt Liesegang erzählt, ein begüterter Mann (Häuptling), wenn er von einem juckenden Hautleiden befallen ist, seine Frauen und Mädchen antreten, damit sie ihn, wo es juckt, kratzen. Sich nach solchem Liebesdienst die Hände zu waschen, fällt den Farbigen natürlich nicht ein, so daß sie den anhaftenden Infektionsstoff bald sich selbst oder anderen einimpfen. Wegen der Abneigung gegen das Waschen müssen Körper und besonders Hände fast immer mit Parasiten besät sein, und die mangelnde ärztliche Behandlung gestattet diesen unbegrenzte Vermehrung und Ausbreitung. Denn erst, wenn die Krankheit ihm lästig wird und ihm das Jucken bei Tag und Nacht keine Ruhe läßt, sucht der Farbige den Arzt auf. Daher sah Liesegang auf Jaluit trotz den zahlreichen Zugängen fast nur veraltete Fälle, die das Krankheitsbild über den ganzen Körper oder wenigstens über einen großen Teil entwickelt hatten [2]). In den Hütten der Farbigen sind die Bakterien vor dem ihnen feindlichen Licht genügend geborgen, um ein langes Leben zu fristen und sich ungestört zu vermehren. In Südwestafrika wenigstens lagert darin beständige Dämmerung. Der Eingeborene läßt sich hier

[1]) Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg. — [2]) Medizinalberichte f. d. deutsch. Schutzgeb. 1908/09, S. 444.

Digitized by Google

das Haus von seinem Weibe bauen. Dieses steckt eine Menge Reiser in die Erde, biegt sie oben zu einer Kuppel zusammen und bewirft sie nun außen dicht mit Kuhdreck, Lumpen und Blechstücken. Außer der niedrigen Tür zum Hineinkriechen bleibt keine Öffnung. Wie eine Ansammlung riesiger Bienenkörbe oder Düngerhaufen sehen so die Kaffernwerfte an den Abhängen in Windhuk aus. Der Hüttenbau wird wohl in den einzelnen Schutzgebieten sehr verschieden und oft auch der Belichtung günstiger sein, wie denn überhaupt der Kulturzustand und die gesamte Lebenshaltung je nach dem Landesteil ein anderes Bild zeigen dürften. Diese Verschiedenheit kann auf die Häufigkeit von Hautkrankheiten, besonders ansteckender, gewiß nicht ohne Einfluß sein. So sind im Bezirk Lome in Togo, wie im Medizinalbericht für 1909/10 der Regierungsarzt KRUEGER schreibt, unter den Kindern des Landbezirks Hautkrankheiten sehr häufig, in der eigentlichen Stadtbevölkerung dagegen infolge sorgfältiger Körperpflege selten. Bei der Schutztruppe in Kamerun wurde durch fortwährende Belehrung über Reinlichkeit, Gebrauch von Seife, Baden, Waschungen stete Abnahme der dort sehr häufigen Krankheiten der äußeren Bedeckungen vom Jahre 1905 bis 1909 erzielt. Andererseits fand SIEBERT bei den Farbigen von Neu-Mecklenburg, die nicht gern baden, nur selten jemand mit vollständig normaler Haut. Allerdings waren es nur harmlose oberflächliche parasitäre Leiden, qualitativ nur ganz wenige Formen.

SIEBERT untersuchte in den Dörfern Neu-Mecklenburgs, auf einem spärlich bevölkerten Landstrich von 120 km, systematisch 351 Männer. Von diesen waren 84, also 24%, in der ausgedehntesten Weise, fast die ganze Körperfläche einnehmend, mit parasitären Hauterkrankungen behaftet, wovon nicht weniger als 55 auf Rechnung der Tinea imbricata fielen.

Tinea imbricata.

Es ist die in tropischen Ländern besonders häufige Pilzkrankheit, welche die wunderbaren, regelmäßig konzentrischen, sich ineinander schlingenden Bogen und Kreise auf der Haut hervorruft, die, von weitem gesehen, oft als künstliche, überaus zierliche Tätowierung der ganzen Körperhaut erscheinen. SIEBERT bemerkt weiter dazu:

„Befallen ist meist die ganze Körperhaut einschließlich Handfläche und Fußsohle nur das Gesicht bleibt gewöhnlich frei. Bei der näheren Betrachtung des Kranken zeigt sich ein differenzial-diagnostisches Merkmal, das diese Affektion, auch wenn die charakteristische Zeichnung verwischt ist, sofort von jeder anderen Trichophytieerkrankung unterscheiden läßt, nämlich die große lamellöse, fetzenartige Schuppung. Frauen und Kinder sind, wie ich unterwegs zu beobachten Gelegenheit hatte, in gleicher Weise und wahrscheinlich in gleicher Zahl von der Erkrankung befallen[1])."

[1]) K. SIEBERT, Über Wesen und Verbreitung von Haut- und Geschlechtskrank-

Digitized by Google

Von den Marschallinseln, wo die Tinea imbricata, „Gogo“ [1]) genannt, allgemein verbreitet und eine große Plage für die Befallenen ist, schreibt im Medizinalbericht für 1903/04 Schwabe über das Krankheitsbild:

„Meist besteht sie universal, seltener in Form von Plaques, ergreift spät die Gelenkbeugen, überschreitet die Nackenhaargrenze oft etwas, ohne aber die Haare zu schädigen, und geht auch auf die Handteller über. Die Haut der Palma manus sieht bei längerem Bestande einer universalen Tinea imbricata chronisch ekzematös aus. Manchmal können die Finger wegen Spannung der verdickten Haut in den Beugen nicht mehr völlig gestreckt werden. Wo man diesen Zustand ohne Tinea imbricata findet, erfährt man aus der Beschaffenheit der übrigen Haut und den Aussagen des Patienten, daß früher der Gogo dagewesen ist. Am Halse ist die Haut durch Tinea häufig lichenifiziert; chronisch ekzematös, erheblich verdickt meist an den Fußrücken und der unteren Hälfte der Unterschenkel.“

Letztere Erscheinungen schreibt Schwabe dem Kratzen der Eingeborenen an den unbekleideten Stellen zu, während die übrigen Körperteile durch die Kleider davor geschützt seien. Über entzündliche Reaktionen bemerkt er:

„Daß diese parasitäre Krankheit absolut und immer ohne jede entzündliche Reaktion verlaufe, kann ich nicht bestätigen. Oft sieht man nach Entfernung der Schuppen am Rande der Affektion einen schwachen entzündlichen Saum. Manchmal reagiert auch die Haut mit kleinpapulösen Eruptionen, vielleicht bei starker Reizung durch kratzen.“

Die bekannte, durch den freien Rand der Schuppen gebildete eigentümliche Zeichnung erinnerte Schwabe lebhaft an Holzmaserung, besonders wenn die Haut mit Jodtinktur angestrichen worden war.

Die Jodtinktur wird auch allgemein als das beste Heilmittel bezeichnet, danach Chrysarobin, bei dem jedoch nach Wendland in Herberthöhe (D.-Neu-Guinea) trotz aller Vorsicht Nierenreizung und, wie auch bei Anerkennung der sonst guten Wirkung Hoffmann betont, Augenbindehautentzündung aufgetreten ist [2]). Mit diesen beiden Mitteln und Schwefel meint auch später (1911/12) noch Wendland, seien selbst alte Fälle wohl zu heilen, während er früher geklagt hatte, daß bei der Ausbreitung über den ganzen Körper die Behandlung langwierig sei und bei der Indolenz der meisten oft nicht zu gänzlichem Erfolg führe. Er behandelte die Kranken meist poliklinisch mit Schwefelpetroleum. Jeden Morgen wurden die Kranken, nach Abwaschung mit Wasser und grüner Seife, mit einer Mischung von Schwefelblüte und Petroleum mittels eines dicken Borstenpinsels an den befallenen Stellen bestrichen. Bei frischen, noch nicht weit vorgeschrittenen Fällen wurde so in 3 bis

heiten in Nord-Neu-Mecklenburg (Bismarck-Archipel). Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1909, S. 203 u. 204. — [1]) A. Plehn sagt, vielleicht irrtümlich, „Gago“ (Handb. d. Tropenkr. v. C. Mense, 1914, II, S. 255). — [2]) Med.-Ber. f. 1905/06. S. 264.

Digitized by Google

4 Wochen Heilung erzielt. Bei alten, eingewurzelten Fällen dauerte die Behandlung wesentlich länger und führte nicht immer zur völligen Heilung, wenn auch bedeutende Besserung nie zu verkennen war[1]). Hinsichtlich der Sicherheit der Wirkung gibt HOFFMANN, der in Kaiser-Wilhelm-Land ebenfalls Schwefelpetroleum anwandte und damit stets Besserung, aber schwer Heilung erreichte, der Jodtinktur und dem Chrysarobin den Vorzug, die jedoch nur unter ärztlicher Aufsicht angewandt werden könnten[2]). Im Bericht für 1910/11 schreibt darüber der Regierungsarzt Dr. BORN von der Marschallinsel Jaluit:

„Die Behandlung ist wie überall eine Crux medicorum, wenn es sich, was meist der Fall ist, um veraltete Fälle von universaler Ausbreitung handelt, leicht dagegen, wenn die Krankheit im Beginn ist und nur erst einzelne Plaques bestehen. Besonders Jodtinktur tut, nachdem die Haut durch Schmierseifenbäder gut aufgeweicht ist, vorzügliche Dienste. Alte Fälle, auch bei jüngeren Leuten, widerstehen aber oft allen Bemühungen. Weder Chrysarobin in 10% Salbe, noch Petroleum und Schwefel, noch Ichthyol will helfen. Salizylvaseline und Salizylspiritus eignet sich auch nur für ganz begrenzte Herde von geringer Ausdehnung bei zarter jugendlicher Haut.

Behandelt wurden im ganzen 62 Fälle mit nicht sehr erfreulichem Erfolge. Es ist nur ein Glück, daß die meisten Patienten bei den monatelangen Kuren nicht die Geduld verlieren. Selbst so schmerzhaften Kuren, wie der Ätzung mit roher Karbolsäure, unterziehen sie sich willig in der Hoffnung, von ihrem entstellenden Leiden befreit zu werden. Übrigens wirkt auch diese LARVISCHE Behandlung nicht immer sicher, ist zudem nicht ungefährlich und hinterläßt bei zu energischer Ätzung unangenehme Narben."

Auch BUSE, Regierungsarzt auf Jap (Westkarolinen), betont die schwere Heilbarkeit nach jahrzehntelangem Bestehen. SCHWABE erblickt den Grund dafür in den chronisch entzündlichen Veränderungen durch Beteiligung des Papillarkörpers (vgl. S. 261). Nach SCHWABE ist das therapeutische Ergebnis rascher und besser bei zarter Haut als bei solcher, die durch langen Bestand der Krankheit mehr oder weniger ekzematös ist. Bei universaler Vertreibung empfiehlt er bei ambulanten Kranken alkoholische Lösung von Acid. pyrogallic. und das von englischer Seite genannte Liniment. jodi. Die Kranken werden angewiesen, ihre waschbare Kleidung auszukochen. Die häufigen Rezidive seien wohl nicht allein durch schlecht gereinigte Kleidung — man sehe sie auch an unbekleideten Stellen —, sondern mehr durch zurückgebliebene Keime zu erklären, da das erneute Aufschießen von Tinea bei begrenzter Ausdehnung mit Vorliebe innerhalb der alten befallenen Hautpartien erfolge. Nach HOFFMANN in Friedrich-Wilhelmshafen (D.-Neu-Guinea) verbreitet sich jedoch das Leiden meist in kürzerer oder längerer Zeit über den ganzen Körper, auch über das Gesicht. Ausgezeichnet wirke der Saft einer dort gedeihenden Pflanze, von Prof. PREUSS als „Cassia

[1]) Med.-Ber. f. 1905/06, S. 264. — [2]) Med.-Ber. f. 1908/09, S. 402.

Digitized by Google

alata" bestimmt, die auch in Kamerun viel mit Erfolg angewandt werden soll. Auf Korallenboden gewähre sie wenig Saft, am brauchbarsten sei sie, wenn sie an Fluß- oder Bachufern wachse.

Es werden die Blätter kurz vor der Blüte gepflückt, ausgepreßt und durch Übergießen von Alkohol einige Stunden ausgezogen. Alsdann werden nach Abseifen des Körpers die erkrankten Stellen mit den saftdurchtränkten Blättern kräftig eingerieben. Diese Prozedur wird an mehreren Tagen hintereinander wiederholt bis zum Schwinden des Leidens. Das Mittel ist bei den Eingeborenen noch wenig bekannt[1]).

Hoffmann hält den Erfolg der Behandlung für meist nur vorübergehend. Da die Krankheit keinerlei Beschwerden verursache und nur als Schönheitsfehler gelte, da ferner durch Behandlung aller Erkrankten die Arbeitsfähigkeit sonst kräftiger Leute zu sehr eingeschränkt würde, müsse von einer allgemeinen Behandlung abgesehen werden. Wenn auch die Krankheit sicher infektiös sei, so gehöre dazu doch eine gewisse Empfänglichkeit. Denn sonst müßten bei dem engen Verkehr alle daran leiden, während man sogar wiederholt Familien sehe, in denen nur der Mann oder die Frau oder einige Familienmitglieder an Tinea erkrankt seien, ohne daß trotz der ständigen auch körperlichen Berührung eine Übertragung auf den Gesunden erfolge.

Hoffmann nennt die Tinea imbricata „die bei weitem häufigste Hauterkrankung". Auch von Wendland in Herberthöhe wird das häufige Vorkommen auf Deutsch-Neu-Guinea betont. Im Bericht für 1905/06 bemerkt er, daß unter den chronischen Hautkrankheiten Tinea imbricata und Tinea circinata die größte Rolle spielen und nicht weniger als 20 bis 25% aller Arbeiter an Tinea leiden, und im Bericht für 1911/12, daß wegen der weiten Verbreitung von Ringwurm und Tinea imbricata eine allgemeine Behandlung nicht denkbar sei. Er fand an der Nordküste einen Platz, an dem etwa 70% der Einwohner von diesen Leiden befallen waren! Er glaubt diese ungeheure Verbreitung dem Umstand zuschreiben zu müssen, daß die Leute in einer Lagune in Pfahlbauten beieinander wohnen. Auch auf den Westkarolinen stehen unter den Hautkrankheiten die beiden obenan. Ganz besonders sind sie dort verbreitet auf den niedrigen Inseln. So kamen auf Oleai 1906/07 nicht weniger als 37 Fälle zur Behandlung. Meist handelte es sich um die über den ganzen Körper ausgebreitete Tinea imbricata. Die meisten dieser Kranken stammten von der im Westeingang des Atolls liegenden Insel Skliap, deren Bevölkerung wegen dieses Leidens bei den übrigen Oleaiern für etwas minderwertig gilt.

Über die eigentümliche Erscheinung, daß just diese eine Insel so verseucht ist, erzählt man folgende Sage. Ein nach Oleai verschlagener Japmann, der auf allen Inseln

[1]) Med.-Ber. 1903/04, S. 248.

Digitized by Google

der Gruppe gastfreundliche Aufnahme gefunden hatte, und mit dem Besten bewirtet worden war, kam auch nach Skliap. Aber die Bewohner zeigten sich ungastlich und geizig und gaben dem Verschlagenen nur schlechten Taro und Fische, die sie selbst nicht essen mochten. Zur Strafe kam die häßliche entstellende Krankheit über sie, die ihre Söhne und Töchter vom Verkehr mit den übrigen Stammgenossen in Oleai fast ausschloß [1]).

Auf der Westkarolineninsel Palau sind nach Born beide Leiden auch ziemlich häufig, während auf Ifaluk Tinea imbricata selten ist. Nach den Krankenlisten kommt die Tinea imbricata auf den Ostkarolinen gleichfalls oft vor. Im Jahre 1910/11 z. B. waren auf Ponape unter 2354 behandelten Farbigen 53 Fälle = 2,25%, und unter den im letzten Drittel des Jahres 1904 behandelten 277 Farbigen sogar 37 = 13,35%. Auf den Marschallinseln ist sie nach Born die verbreitetste Hautkrankheit. Auf Saipan (Mariannen) soll sie dagegen wenig verbreitet sein. In den Berichten über Samoa habe ich sie nur einmal [2]) erwähnt gefunden, niemals in denen über unsere afrikanischen Schutzgebiete. In der Tat scheint diese Krankheit ja erst in verhältnismäßig wenige Länder durch den Schiffsverkehr eingeschleppt worden zu sein. Ein durchaus zuverlässiges Bild über ihre Ausdehnung in den deutschen Schutzgebieten läßt sich jedoch aus den Medizinalberichten nicht gewinnen. Denn in den Tabellen sind unter den „Krankheiten der äußeren Bedeckungen" nur hier und da einzelne Krankheitsformen genannt; in der Regel sind sie in der Bezeichnung „akute Hautkrankheiten" und „chronische Hautkrankheiten" zusammengefaßt. Es kann daher ein Leiden behandelt worden sein, ohne in der Tabelle erkennbar zu sein. Das ist auch fernerhin bei dieser Arbeit zu beachten. Die Tineaerkrankungen sind zwar besonders häufig namentlich aufgeführt.

Tinea circinata (Ringwurm).

Den Ringwurm habe ich in den Krankentabellen aller deutschen Schutzgebiete gefunden, mit Ausnahme Südwestafrikas. Zwar waren es fast immer nur wenige Fälle, vielleicht weil diese Kranken sich nicht so oft zur Behandlung, namentlich im Krankenhaus, einfinden. Denn nach verschiedenen Äußerungen scheint auch dieses Leiden außerordentlich häufig zu sein. Über die große Verbreitung auf Deutsch-Neu-Guinea und den Westkarolinen habe ich oben schon gesprochen. Über die ungeheure Ausdehnung unter den Eingeborenen Deutsch-

[1]) Born im Med.-Bericht f. 1906/07, S. 245. — [2]) Im Bericht für 1909/10 bemerkt nämlich Polecк, daß er nur einen einzigen Fall, bei einem Samoaner aus Savaii, gesehen habe, ausgenommen die schwarzen Arbeiter der Deutschen Handels- und Plantagengesellschaft, bei denen Tinea imbricata häufig sei. Diese Gesellschaft importiert aber ihre Arbeiter, anscheinend hauptsächlich aus Neu-Guinea.

Digitized by Google

Neu-Guineas belehrt die Untersuchung neu angeworbener Arbeiter. Im Jahre 1906 wurden deren 1991 untersucht: 22% litten an Ringwurm! Doch war die Häufigkeit auf den einzelnen Inseln des Schutzgebietes sehr verschieden:

„Bei Eingeborenen aus dem Innern Neu-Pommerns, besonders der Gazelle-Halbinsel, und bei Leuten aus dem Innern der Insel Bougainville waren durchschnittlich etwa 40% mit Ringwurm in seinen verschiedenen Formen behaftet, von den Bewohnern Neu-Mecklenburgs und Neu-Hannovers etwa 30%. Günstiger lagen die Verhältnisse bei den Leuten von Buka, der Südküste Neu-Pommerns und von Neu-Guinea, bei weitem am besten bei den Admiralitäts- und St. Mathias-Insulanern, bei welchen Ringwurm nur bei einzelnen sich fand."

Hiernach kommt nach der Meinung Wendlands, der diese Mitteilungen 1906/07 aus Herberthöhe gemacht hat, die Krankheit am häufigsten dort vor, wo die fern von der Küste lebenden Eingeborenen augenscheinlich weniger oder gar nicht Gelegenheit haben zu baden; in der Tat sei die Unreinlichkeit bei diesen Leuten zweifellos größer als bei den am Strande wohnenden. Es scheine aber auch, daß die bisher relativ abgeschlossen lebenden Eingeborenen, wie die erst in letzter Zeit für die Anwerbung freigegebenen Admiralitäts- und St. Mathias-Insulaner, sich von Hautkrankheiten reiner erhalten hätten als z. B. die Neu-Mecklenburger, die seit langen Jahren das Hauptkontingent der Pflanzungsarbeiter stellten. — Im Bericht über die Station Käwieng (Deutsch-Neu-Guinea) für 1904/05 bemerkt Danneil, daß der Ringwurm allgemein verbreitet sei.

Auch aus Togo wurde wiederholt über die Häufigkeit des Leidens berichtet. Deutsch-Südwestafrika hat meist keine ausführlichen Medizinalberichte geliefert, so daß aus den wenigen Angaben auf das Vorkommen von Ringwurm nicht mit genügender Wahrscheinlichkeit geschlossen werden darf. Allerdings herrscht dort ein eigenartiges, nämlich höchst trockenes und daher recht erträgliches Klima, welches vielleicht dieser Krankheit Widerstand bietet.

Auffallend ist, daß Ringwurm, im Gegensatz zu Tinea imbricata, so häufig bei Europäern erwähnt wird, sowohl in den Schutzgebieten Afrikas, als auch in denen der Südsee. Freilich sind es in der Regel nur vereinzelte Fälle. Aber 1907/08 kamen doch im Regierungshospital in Apia auf Samoa auf 686 kranke Europäer 22 Fälle = 3,2%. Wendland, der 1903/04 bemerkt, daß in Herberthöhe bei Europäern Ringwurm nicht selten sei, schiebt die Schuld dem Umstand zu, daß die Wäsche von Farbigen besorgt und wohl selten ausgekocht werde. Der Lieblingssitz sei bei jenen an der Innenseite der Oberschenkel und am Hodensack. Im Bezirk Lome in Togo stand unter den Hautkrankheiten der Ringwurm bei den Europäern an zweiter Stelle[1]).

Auch gegen Ringwurm werden Abseifungen, Jodtinktur und Chrysarobin besonders empfohlen. Während Danneil in Käwieng nur diese

[1]) Med.-Ber. f. 1908/09, S. 267.

Digitized by Google

Mittel als wirksam bezeichnete, hat sich RODENWALDT im Bezirk Anecho in Togo die 5%ige Naphtholsalbe durchaus bewährt. In Kamerun leistete, auch in veralteten Fällen, meist Nikotianaseife recht gute Dienste. WENDLAND hat sich die Behandlung mit Schwefel und Petroleum ihrer Einfachheit und Billigkeit halber noch am besten bewährt. In veralteten Fällen sei sie allerdings recht langwierig, wenn auch eine erhebliche Besserung fast immer schon nach 10 bis 14 Tagen festzustellen war. Die sehr schwere Heilbarkeit weit vorgeschrittenen und alten Ring wurms betonen auch DANNEIL und LIESEGANG. Jener hebt den Wert guter Ernährung hervor, verspricht sich aber dauernde Besserung dieser Volkskrankheit der Melanesier nur von allgemeiner Hebung des Sinnes für körperliche Reinlichkeit, wozu man den Gebrauch der Seife und die tägliche Waschung einbürgern und reinlichere Wohnungsverhältnisse schaffen müsse. In vielen Gebieten, die keine natürliche Versorgung mit frischem fließendem Wasser hätten, sei die Anlage von Brunnen unerläßliche Bedingung. Als Folgen des Kratzens mit den unglaublich schmutzigen Fingern erwähnt er Ekzeme und Furunkel; universal von Ringwurm Befallene neigten fast ausnahmslos zu Kachexie.

Herpes.

Von den oben erwähnten 84 parasitären Hauterkrankungen, die SIEBERT in Dörfern Neu-Mecklenburgs fand, entfielen 14 Fälle auf die gewöhnliche Trichophytie, deren Aussehen jedoch etwas von der in Europa abweicht:

„Zunächst ist die Ausdehnung der erkrankten Partien immer bedeutend größer, als wir sie in Europa zu sehen bekommen. Es ist nichts seltenes, daß der Rücken in seiner ganzen Ausdehnung ergriffen ist, oder daß die Erkrankung in Form einer Badehose den ganzen Unterleib nebst Gesäß und Oberschenkeln umfaßt. Auffallend ist die relativ starke Infiltration der Haut. Mit der sehr kleinblättrigen und fest aufsitzenden Schuppung bietet die Affektion vollkommen das Aussehen des alten HEBRAschen Ekzema marginatum. Da ich diese Formen der Trichophytie schon von der malaiischen Bevölkerung Javas her kannte und oft durch den Pilzbefund kontrolliert hatte, so war es mir leicht, hier diese Formen wieder zu erkennen." (A. a. O. S. 204.)

In den Medizinalberichten habe ich Herpes tonsurans einige Male bei Europäern erwähnt gefunden. Auf Samoa soll er unter den Chinesen recht verbreitet sein, weniger unter den Samoanern. Herpes facialis bei Fiebernden ist in Deutsch-Ostafrika beobachtet worden, gleichfalls Balanitis herpetiformis bei Farbigen; SIEBERT sah einen Herpes progenitalis in Neu-Mecklenburg. Auch Herpes zoster bei Farbigen wird aus einzelnen Schutzgebieten gemeldet. Einen Zoster ophthalmicus im Verlauf des 1. Nervus supraorbitalis sah man bei einem Polizeiaskari in Deutsch-

Digitized by Google

Ostafrika. Sycosis barbae — ob parasitäre, ist nicht gesagt — wurde 1906/07 bei Samoanern behandelt.

Pityriasis versicolor.

Der Rest der von Siebert in Neu-Mecklenburg gefundenen Pilzerkrankungen, etwa 20 Fälle, betraf Pityriasis versicolor, die sich auch von dem gewöhnlichen Bilde etwas unterscheidet:

„Zunächst befällt diese Erkrankung die Haut in viel größerer räumlicher Ausdehnung, und dann erscheinen die befallenen Partien nicht wie bei einer weißen Haut dunkler gefärbt als die normale Haut, sondern die Erkrankung präsentiert sich uns auf der dunkeln Haut heller, fast weißlich gefärbt, was wohl darauf zurückzuführen ist, daß die durch die dazwischen gewachsenen Pilze auf geschilferten Epithelzellen das Hautpigment nicht so intensiv durchscheinen lassen. Die Ausbreitung ist meist diffus, großbogig begrenzt und nicht so disseminiert, wie wir die Erkrankung in Europa zu sehen bekommen. Auffallend ist weiter das sehr häufige Befallensein des Gesichts, was bei uns wohl kaum vorkommt. Ob der Erreger mit dem Mikrosporon furfur, dem Erreger unserer Pityriasis versicolor identisch sei, lasse ich dahingestellt; es scheinen in der Literatur jetzt Zweifel darüber laut zu werden." (A. a. O. S. 204.)

Nach Born ist auf den Marschallinseln die harmlose Pityriasis versicolor ebenso verbreitet wie die Tinea imbricata; ihre Entfernung werde von den eiteln Marschallanern oft gewünscht. 10%iger Salizylspiritus und Jodtinktur führten gewöhnlich zum Ziel; nur müsse die Behandlung lange genug fortgesetzt werden[1]). Schon 1903/04 hatte Schwabe von diesen Inseln über dieselbe Krankheit geschrieben:

„Pityriasis versicolor, von den Eingeborenen Djenn genannt, erscheint zunächst in kreisrunden Flecken, welche heller als die Umgebung sind und später konfluieren. Sie ist ein sehr häufiger Nebenbefund und kann gelegentlich Leukoderma syphiliticum vortäuschen. Die Flecken erscheinen völlig glatt; in den durch Abkratzen erhaltenen feinen Schüppchen findet man massenhaft Mikrosporon furfur."

Auf Palau (Westkarolinen) ist die Krankheit ziemlich häufig. Auch bei Samoanern, vereinzelt bei Farbigen in Herberthöhe und auch in Deutsch-Ostafrika wurde sie gesehen. Dagegen schreibt von hier aus Tabora 1903/04 Skrodzki, die bei den Eingeborenen auffallend häufige Pityriasis, auf Kisuaheli „umba" genannt, sei als „versicolor" durchaus nicht zu bezeichnen, hebe sich vielmehr meist hell mit der Farbe des „café au lait" von der dunkeln Eingeborenenhaut ab; bevorzugt seien Brust, Kinn, Hals.

Impetigo contagiosa — Pemphigus contagiosus.

Impetigo contagiosa führt die Krankenliste für 1909/10 der Marschallinsel Nauru bei einer Gesamtzahl von 4000 kranken Farbigen 7mal und von 177 kranken Europäern 2mal an. Auch in Kaiser-Wilhelm-Land

[1]) Med.-Ber. f. 1910/11, S. 717.

Digitized by Google

(Deutsch-Neu-Guinea) ist das Leiden bei Farbigen gesehen worden. Bei den dortigen Europäern kommt es nach HOFFMANN in den Schenkelbeugen, Achselhöhlen und an den Armen häufiger vor und wird durch Schwefelzink- oder Salizylpaste fast stets sicher geheilt.

WENDLAND beschreibt eine Hautkrankheit, die auf Deutsch-Neu-Guinea nicht selten sei und die er dem Pemphigus contagiosus zurechnen möchte:

„Es bilden sich auf leicht entzündlichem Grunde Blasen, die sich vergrößern, schlaff pustulös werden und eitrigen Inhalt haben. Vielfach konfluieren mehrere miteinander. Die Leute kommen immer erst dann, wenn das Leiden schon eine gewisse Zeit besteht und fast über den ganzen Körper verbreitet ist. Der Inhalt der Blasen entleert sich später oder trocknet ein; es bilden sich auf dem Geschwürsgrunde Borken, unter denen allmählich Heilung erfolgt."

Das Leiden ist nach WENDLAND oft äußerst langwierig und lästig, da oft alle Körperteile, im besonderen Nates, Hände, Füße, mit Blasen und Geschwüren besetzt seien. Reinigungsbäder, Öffnen der Blasen, Zinkpaste seien von heilendem Einfluß[1]).

Molluscum contagiosum.

Einen „Beitrag zur Kenntnis des Molluscum seu Epithelioma contagiosum bei deutsch-ostafrikanischen Negern" liefert STOLOWSKY[2]). Die von BATEMAN zuerst gegebene Beschreibung trifft im allgemeinen auch auf die Molluskengeschwülste der Negerhaut zu. STOLOWSKY hat Beobachtungen gemacht, die für die Kontagiosität sprechen:

„Molluskumgeschwülste finden sich bei weitem am häufigsten bei Negerkindern, die bei ihren Spielen ausgiebige Gelegenheit haben, in innige Berührung miteinander zu kommen. Sehr häufig traf ich sie bei ungefähr gleichaltrigen Geschwistern, einmal bei einem Zwillingssäuglingspaar, das von der Mutter im gemeinschaftlichen Ziegenfell auf dem Rücken getragen wurde. Bei Erwachsenen, wo frische Molluskumgeschwülste verhältnismäßig selten sind, fanden sie sich wieder relativ häufig bei Müttern, deren Babys solche Eruptionen aufwiesen. Sehr charakteristisch ist häufig ihr Sitz. Bei Säuglingen findet man sie in der Regel in größerer Zahl auf der Brust und am Leibe; sind die Mütter dann auch behaftet, so kann man mit großer Wahrscheinlichkeit darauf rechnen, die Knötchen am zahlreichsten am Rücken zu finden, wo die Kinder fest angepreßt getragen zu werden pflegen. Einmal sah ich Molluskumgeschwülstchen direkt am Lippenrot eines Säuglings, während die Mutter solche in der Umgebung der Brustwarzen aufwies."

Trotz zahlreichen Fällen hat STOLOWSKY in der Hohlhand und Fußsohle, wo Talgdrüsen fehlen, nie Molluskumknötchen gesehen. In den Talgdrüsen, die beim Neger besonders stark entwickelt sind, vermutet STOLOWSKY Eingangspforten. Molluskum hat er vor allem bei vieh-

[1]) Med.-Ber. f. 1910/11, S. 649. — [2]) Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1910, H. 18. Dort S. 574 auch Beschreibung der Geschwülste.

Digitized by Google

züchtenden Stämmen gesehen. Die als gänzlich harmlos geltende Affektion sei bei den Eingeborenen unter dem Namen „Massunsua" allgemein bekannt. Auch auf den Marschallinseln und in Herberthöhe (Deutsch-Neu-Guinea) ist sie vorgekommen.

Ekzeme.

Es kann nicht befremden, daß die Farbigen auch von infektiösen Ekzemen heimgesucht werden. Die verbreitetste Hautkrankheit in Moschi in Deutsch-Ostafrika ist nach Grothusen ein akutes parasitäres Ekzem, das meist Kinder befällt; die Lieblingssitze sind die Hand- und Fußrücken sowie das Gesäß. Auf den Marschallinseln ist, wie Schwabe im gleichen Jahresbericht (1903/04) schreibt, Ekzem im engeren Sinne selten, häufiger dagegen das parasitäre Ekzem und das Ekzem als Folge bekannter parasitärer Krankheiten, wie Tinea imbricata. Die aus verschiedenen Schutzgebieten gemeldeten Schmutzekzeme sind wohl zum Teil Folge von Infektion und zum Teil von Hautreizung. Bezeichnend für den Farbigen ist, was Wiehe hierüber aus Kilimatinde in Deutsch-Ostafrika schreibt:

„Unbekümmert um seinen von Schweiß triefenden Körper legt sich der Träger z. B. bei der Ankunft im Lager auf die nackte Erde, in den Staub und Schmutz hinein; und ohne zu baden oder sich sonst zu reinigen, geht's am anderen Tage weiter. Etwaige Stiche von Moskitos oder anderen Insekten werden aufgekratzt und so entstehen, durch Schweiß und Schmutz begünstigt, ausgedehnte Ekzeme[1])."

Wiehe wandte dagegen an Waschungen und nachheriges Auftragen von Zinksalbe oder grauer Salbe; auch gelegentlich Anwendung von Jodtinktur erwies sich in den meisten Fällen von guter Wirkung. Aus allen deutschen Schutzgebieten werden Ekzeme bei Farbigen gemeldet. In Kusain (Ostkarolinen) fand Schnee unter den Hautkrankheiten besonders häufig chronisches Ekzem. Auf den Ostkarolinen zählte die Station Ponape 1910/11 unter 2354 behandelten Farbigen 90 = 3,8% an Ekzem leidende. Auf Saipan, einer Insel der Mariannen, sind, wie Girschner auf einer 1903/04 von den Ostkarolinen dorthin unternommenen Dienstreise feststellte, Ekzeme aller Art sehr verbreitet, namentlich auch bei Kindern; nur solche Patienten suchten ärztliche Hilfe, bei denen das Leiden große Ausdehnung gewonnen hatte. Es wurden behandelt:

24	Kranke	mit Ekzema	squamosum
3	„	„	pustulosum
1	Kranker	„	vesiculosum
1	„	„	papulosum.

[1]) Med.-Ber. 1903/04, S. 74.

Digitized by Google

Vornehmlich pustulöse, ausgedehnte und zu Rezidiven neigende Ekzeme, deren Lieblingsstellen die Extremitäten und Nates waren, zeigten sich bei Eingeborenen in Deutsch-Ostafrika, wie SKRODZKI damals aus Tabora berichtete, auffallend häufig. Ein Ekzema bullosum sah man bei einem Farbigen der Station Käwieng (Deutsch-Neu-Guinea), ein Ekzema seborrhoicum capitis bei einem 5jährigen Hereromädchen in Deutsch-Südwestafrika. Ein Ekzema marginatum beobachtete LENZ aus Bagamojo bei einem Inder, der angeblich schon seit vielen Jahren an heftigem Jucken ungemein lästiger Efflorenszenzen an Stirn und linker Wange litt und schon oft in Behandlung war:

„An der Stirn befand sich eine talergroße, flach erhabene, gerötete und infiltrierte Scheibe, deren Rand durch einen Wall aus kleinen Knötchen gebildet wurde. Darum zog sich noch ein stark pigmentierter Ring. Eine kleinere, sonst gleiche Stelle zeigte sich unter dem linken Auge.

Bei beiden Effloreszenzen wurde der aktive Rand durch den tief eindringenden Glühstift zerstört. Sofort begann eine rasche Rückbildung, heute ist nur noch je eine runde, pigmentarme Hautstelle zu sehen, die ein dunkler Pigmentring umgibt. Jucken oder sonstige Beschwerden sind nach dem Eingriff nicht wieder aufgetreten[1])."

Nach SCHWABE ist auf den Marschallinseln verbreitet die Tylosis plantarum mit ekzematösen Veränderungen der Haut unter den Schwielen; Pyodermien, pustulöse Exantheme, von den Eingeborenen zusammen mit pustulösem Syphilid und krustösen Frambösiepapeln gemeinhin als „dregga" bezeichnet, sind manchmal Folge der Invasion von Milben und Zeckenlarven, die an gewissen Orten in Menge vorkommen. BORN nennt später (1910/11) dieses Ekzem als für die Marschallinseln geradezu spezifisch. Es sei in seiner Grundursache unzweifelhaft parasitärer Natur, nehme aber durch Kratzeffekte, Einwirkung von Salzwasser und Schmutz, Hinzutreten von framboësischen und syphilitischen Hauteruptionen einen mannigfaltigen Charakter an.

Nach SCHWABE sieht man nach parasitären Ekzemen oft an Fuß und Unterschenkel, besonders am Fußgelenk ausgedehnte weiße Hautpartien mit Pigmentinseln darin, was recht wunderlich aussehe. Durch parasitäre Krankheiten werde auf farbiger Haut meist Dipigmentierung und Pigmentverschiebung verursacht, aber unter Umständen auch stärkere Pigmentierung; dasselbe gelte von den Exanthemen der Syphilis und der Framboësie[2]).

Es sei noch ein chronisches Ekzem nach der Schilderung von BRÜNN in Bismarckburg in Deutsch-Ostafrika erwähnt, mit dem sehr viele Eingeborene aus Kassanga, meist Kinder, zur Behandlung kamen:

„Diese Hautkrankheit, von den Negern Upele genannt, hat große Ähnlichkeit mit Prurigo, befällt hauptsächlich die Streckseiten der Extremitäten, die Kreuz- und Steiß-

[1]) Med.-Ber. 1906/07, S. 59. — [2]) Med.-Ber. 1903/04, S. 292 u. 293.

Digitized by Google

beingegend, und die Nates, zeigt große Abschilferung der Epidermis und hinterläßt pigmentierte glänzende Narben. Das Ekzem beginnt mit kleinen, stecknadelkopfgroßen, juckenden Knötchen, die durch Exsudation zu Bläschen werden; durch die Kratzeffekte konfluieren sie und werden durch Verunreinigung zu Pusteln. Diese Pusteln platzen teils von selbst, teils werden sie aufgekratzt, und das Sekret trocknet dann wieder zu bräunlichen Krusten ein. Kommt es zur Heilung, so sieht man an Stelle der früheren Borken zahlreiche glänzende, zackige Narben."

Da sich die Kinder einer regelmäßigen Behandlung nicht fügten, war es sehr schwer, ein richtiges Urteil über diese Erkrankung zu bekommen. Einzelne schienen sich durch Jodtinktur und Perubalsam zu bessern. Viele wurden mit Schmierseife, Salbenverbänden und Sublimatwaschung behandelt; Teerpräparate standen nicht zur Verfügung[1]).

Ulcus cruris.

Schmutz, Infektion und Nachlässigkeit verschulden auch wohl bei den Farbigen die ungemein häufigen und oft überaus schweren Unterschenkelgeschwüre. Wegen der Ausdehnung und der allgemeinen Erschöpfung erforderten sie nicht selten die Amputation, die jedoch meist abgelehnt wurde, so daß der Tod nicht verhindert werden konnte. Dieser erfolgte meist infolge von Erschöpfung durch die hinzukommenden heftigen Durchfälle[2]). Häufig stellte der größere Teil des Unterschenkels eine eitrige Wundfläche vor. Besonders häufig sind bösartige Formen in Deutsch-Ostafrika, wo z. B. 1909/10 von 34984 farbigen Kranken 2126 = 6% an Unterschenkelgeschwüren behandelt wurden. Bezeichnend dafür sind die Erfahrungen von Glatzel im Sewa-Hadji-Hospital (für Farbige) in Daressalam:

„Unter der großen Masse der allerdings zumeist poliklinisch behandelten Hautkrankheiten stellten ausgedehnte, manchmal den ganzen Unterschenkel einnehmende Geschwüre das Hauptkontingent. Da das Verbandmaterial für alle diese Fälle bei weitem nicht ausgereicht hätte, wurde zumeist so verfahren, daß nach möglichster Reinigung der Wundflächen mit scharfem Löffel usw. ein Bepinseln mit Jodtinktur bzw. Perubalsam (āā mit Alkohol) vorgenommen wurde. Die Überhäutung auch schlaffer, großer Unterschenkelgeschwüre ging unter dieser Behandlung ganz gut von statten[3])."

Brückner in Tanga berichtete 1904/05 über ein phagedänisches Geschwür, das die ganze Tibia durchgefressen hatte, so daß bloß etwa 1/4 des Gliedumfangs erhalten war und der Unterschenkel nur noch am Wadenbein und der Wadenmuskulatur hing. Erst als es so weit gekommen war, ließ der Kranke sich herbei, ins Hospital zu kriechen, wo er durch Amputation geheilt wurde. Dort stellte 4 Jahre später Scherschmidt bei einem fünfmarkstückgroßen schmierig belegten Ge-

[1]) Med.-Ber. 1903/04, S. 74 u. 75. — [2]) Med.-Ber. 1907/08 über Deutsch-Ostafrika, S. 84. — [3]) Drei Monate im Sewa-Hadji-Hospital in Daressalam. Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1906. H. 9.

Digitized by Google

schwür über dem äußeren Knöchel fest, daß das ganze Wadenbein bis oben hin und bis auf die Gelenkenden von Eiter umspült war. Es wurde herausgenommen, nach 4 Tagen wurde die Operationswunde geschlossen und auch das Geschwür so weit wie möglich durch die Naht zusammengezogen, worauf glatte Heilung eintrat. Einen eigenartigen Fall aus demselben Schutzgebiete schilderte im Jahre davor der Stationsarzt von Lindi bei einem 12jährigen Jungen, der angeblich seit Jahren an einem ständig fortschreitenden Geschwür des linken Unterschenkels litt:

„Da ihm das Gehen Schmerzen bereitet, kriecht er seit fünf Monaten auf beiden Händen und dem rechten Bein, wobei er das linke Bein im Kniegelenk stark gebeugt in die Höhe hält. Durch diese Nichtbenutzung des kranken Beines haben sich schwere Veränderungen eingestellt. Der Fuß steht in sehr starker Spitzfußstellung, so daß die Fußsohle halb nach oben gerichtet ist. Die Wadenmuskeln sind atrophiert und stark verkürzt. Passive Bewegungen im Fußgelenk sind nur in ganz geringem Grade unter heftigen Schmerzen auszuführen, aktive völlig unmöglich. Dazu beginnen sich Kontrakturen im Kniegelenk zu bilden.

Das Geschwür nimmt die untere Hälfte der Vorderfläche des linken Unterschenkels ein, ist schmierig belegt und hat die Faszien der Streckmuskeln und teilweise diese selbst zerstört."

STIERLING, Stationsarzt von Pangani in Deutsch-Ostafrika, hält in einer großen Anzahl die Beschäftigung bei der Hanffabrikation für die Ursache und glaubt, eine besondere Form des Unterschenkelgeschwürs just als Gewerbekrankheit der Hanfarbeiter bezeichnen zu können:

„Es ist ein überaus bösartiges, schnell trichterförmig in die Tiefe greifendes Geschwür, das bald zur teilweisen Nekrose der Unterschenkelknochen führt. Während in drei derartigen Fällen nach Abstoßung eines (einmal zweimarkstückgroßen, einmal fast fingerlangen) flachen Knochensequesters schnell Heilung eintrat, endete ein vierter Fall mit ausgedehnter Knochennekrose und Fistelbildung am ganzen Unterschenkel, da Amputation verweigert wurde, durch Erschöpfung tödlich."

In allen diesen Fällen handelte es sich um Arbeiter, die bei der Hanfreinigung halbe Tage in einer aus Wasser und Hanfabfällen bestehenden dicken ätzenden Suppe stehen mußten. Auf den Plantagen, wo reichlich Wasser war und die Abwässer schnell verdünnt wurden, kamen solche Geschwüre weniger vor[1]).

Nicht überall im Schutzgebiet scheint das Leiden derart zu hausen. Wenigstens wurden nach MARSHALL 1909/10 in der Station Tabora Unterschenkelgeschwüre von großer Ausdehnung und Bösartigkeit nicht beobachtet. Er hält das verhältnismäßig trockne Klima und die hohe Lage der Ausbreitung solcher Krankheiten, die den feuchten und tiefergelegenen Landstrichen eigentümlich seien, für nicht günstig. Im Bezirk Muansa waren Unterschenkelgeschwüre nicht allzu häufig anzutreffen.

In Kamerun machten 1909/10 die Unterschenkelgeschwüre 4,3%

[1]) Med.-Ber. f. 1904/05. S. 47 u. 48.

Digitized by Google

aller Erkrankungen der Farbigen aus. Aus der Hauptstadt Duala, wo Fußgeschwüre zahlreich in Behandlung kamen, wurde damals über die Gleichgültigkeit gegen das oft weit ausgedehnte Geschwür geklagt, dessen aashaft stinkende Zersetzung, unter Mitbeteiligung der oberflächlichen Sehnen und Muskelschichten, von den Negern ruhig ertragen werde. Das sei bei ihnen nicht der Grund zum Aufsuchen des Hospitals; eine meist geringfügige innere Erkrankung mit leichtem Fieberanstieg flöße oft mehr Angst ein. Doch sah man günstigen Ausgang. Fußgeschwüre, bei denen sämtliche oberflächliche Strecksehnen bloß lagen, deren grünlichgelber, an manchen Stellen brandig schwarzer Belag über das Fußgelenk hinauf auch noch den unteren Teil des Unterschenkels bedeckte, heilten trotz diesen tiefgreifenden Zerstörungen und dem mitunter hohen Alter der Kranken unter rascher Ergänzung des abgestorbenen Gewebes und schneller Besserung der Wunde ab. Im Bezirk Kribi, wo die chronischen Unterschenkelgeschwüre der Farbigen einen sehr erheblichen Teil der poliklinischen und klinischen Tätigkeit in Anspruch nahmen, waren besonders die tropischen Geschwüre, die plötzlich entstehen und dann sich rasch zu stark jauchenden Flächen entwickeln, damals sehr zahlreich. Der Regierungsarzt Dr. Waldow bemerkt im Bericht über Kamerun für 1907/08 als Berichterstatter, daß Unterschenkel- und Fußgeschwüre zu den Erkrankungen gehörten, die täglich zur Behandlung kämen, und unterscheidet 6 Arten. Zunächst nennt er die phagedänischen, dem Hospitalbrand ähnlichen Geschwüre:

„Diese entstehen plötzlich, indem sich unter Fiebererscheinungen eine kleine Blase bildet. Die Blase hebt sich ab, und es tritt ein kreisrunder Defekt mit stinkendem, dunkelgelblichem, zäh schleimigem, mit bräunlichroten Bluteinschlüssen durchsetzter Belag zutage. Der gewöhnlichen Behandlung trotzend, breitet sich das Geschwür rasch aus, wobei es die Hautränder unterminiert und in der Tiefe Muskeln, Knochen und Sehnen freilegt; oft hat schon nach wenigen Tagen das Geschwür einen Durchmesser von 10 bis 20 cm erreicht."

Als das souveräne Mittel gegen diese Geschwüre nennt er die Karbolsäure, die in Form des Acidum carbolicum liquefactum auf das mit Wattebausch gereinigte Geschwür aufgetragen werde. Sie allein vermöge die furchtbar stinkende Jauchung zu beseitigen und bringe nach 5 bis 9 Ätzungen immer eine gute Granulationsfläche hervor. Die Ätzungen würden anfangs alle Tage, später jeden zweiten oder dritten Tag gemacht. Hin und wieder erfolge die Heilung großer Geschwüre so rasch, daß an den unterminierten Hauträndern Abszesse abgeschlossen würden, die gespaltet und ebenfalls geätzt werden müßten. Der Karbolsäure am nächsten komme Resorzin, während Jodoform, Lysol, Sublimat, B-Naphthol, Kollargol wirkungslos seien.

Als weitere Formen nennt Waldow: die syphilitischen Ge-

Digitized by Google

schwüre, ausgezeichnet durch kallöse Ränder und Beeinflussung durch antisyphilitische Behandlung; die ekzematösen, die unter Lassars Paste am besten heilten; die lupösen, gegen die anscheinend energische Jodoformbehandlung mit Darreichung von Jodkali am besten helfe; die leprösen, bei denen die Ausstoßung kleiner gelblicher nekrotischer Knötchen neben den Leprabazillen charakteristisch zu sein scheine; traumatische Geschwüre infolge von Hautdefekten mit verzögerter Neubildung der Haut, für die plastische Operationen in Frage kämen. — Auch aus dem Bezirk Lomie wurde 1908/09 gemeldet, daß Hautgeschwüre und chronische Unterschenkelgeschwüre ein häufiges Leiden seien und viel Geduld in der Behandlung erforderten. Als die beste Therapie habe sich Auskratzen und Verband mit in Sublimat getränkter Watte erwiesen. Nach 2 bis 3 Tagen waren die Geschwüre meist völlig trocken, so daß Salbenverbände angeordnet werden konnten. Im Bezirk Viktoria, wo wiederholt über die außerordentliche Häufigkeit und Bösartigkeit der Fußgeschwüre bei Farbigen geklagt wird, wurden 1909/10 von den Krankheiten der äußeren Bedeckungen nur die besonders hartnäckigen und unter ambulanter Behandlung nicht zur Heilung neigenden Unterschenkelgeschwüre im Hospital aufgenommen. Die Zahl der Behandlungstage der 30 Patienten betrug 888, so daß auf den einzelnen Fall über 4 Wochen kamen, wobei zu bedenken ist, daß meist bereits eine sehr lange ambulante Behandlungszeit vorausgegangen war, ohne zum Ziel zu führen. Über die Therapie heißt es dort:

„Am besten scheint sich eine Therapie zu bewähren, die im Anfang die oft zögernde Reinigung des Geschwürs energisch unterstützt oder herbeiführt (Auskratzung oder Ätzung mit Karbol oder Jodtinktur) und dann die Granulationsbildung befördert (Jodoform, Dermatol). Im letzten Heilungsstadium, in dem neue Epidermis von den Wundrändern her sich über die frische Geschwürfläche vorschiebt, halte ich Salbenverbände für am meisten empfehlenswert."

Der Regierungsarzt in Viktoria berichtet 1905/06 vom epidemischen Auftreten einer eigenen Art von Fußgeschwüren, die er den sogenannten Zambesigeschwüren vergleicht. Die Häufigkeit der Geschwüre der unteren Extremitäten in Viktoria kennzeichnet eine Bemerkung im Bericht für 1909/10, daß von den 80 farbigen Schülern der dortigen Regierungsschule immer mindestens 20 deshalb in ärztlicher Behandlung seien.

In demselben Jahre kamen in Togo auf der Station Lome auf 3910 kranke Farbige 188 = 4,8% und auf der Station Anecho auf 2709 kranke Farbige 162 = fast 6% Unterschenkelgeschwüre. Verblüffend gegenüber den bisherigen Angaben ist die geringe Zahl dieses Leidens bei den Farbigen Deutsch-Südwestafrikas. Im Bericht für 1910/11 verzeichnet nämlich die Krankenliste nur 1 Unterschenkelgeschwür auf 3142 behandelte Farbige, während auf 4317 behandelte Europäer sogar 16 Fälle

Digitized by Google

kommen, und im Bericht für 1907/08 3 Fälle auf 1843 kranke Farbige. Da Südwestafrika sonst keine Krankenlisten geliefert hat und die anderen seltenen Berichte nichts über dieses Leiden enthalten, ist Genaueres nicht festzustellen. Freilich gibt es dort besondere Umstände, welche die anscheinende Seltenheit dieser Geschwüre verständlich machen. Zunächst sind die Farbigen in Südwestafrika durchweg ganz bekleidet und tragen auch Schuhe, so daß die Haut der Unterschenkel weniger der Verletzung und Infektion ausgesetzt ist. Im Inneren des Landes, mit Ausnahme des feuchteren Nordens, ist ferner vielleicht die äußerst trockene Luft neben der starken Sonnenbestrahlung von Bedeutung, da beides ja dem Gedeihen von Mikroorganismen entgegenwirkt. Wenigstens besteht bei manchen Ärzten die Überzeugung, daß in Südwestafrika deshalb Wunden überraschend leicht und schnell heilen, was mir gegenüber zwar ein lange dort als Chirurg tätiger Militärarzt nach seiner Erfahrung bestritt. (Schluß folgt.)

Krieg, Geschlechtskrankheiten und Prostitution in ihren Wechselbeziehungen.

Kritische Referate.

Von

Dr. Ernst Levin in Berlin.

(Fortsetzung.)

IV.

Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten im Felde.

Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten beim Heere wird im Kriege naturgemäß mehr noch als im Frieden von dem Prinzip beherrscht, die Erkrankten möglichst bald wieder dienstfähig zu machen [Stern (32), Pautrier (28), Bendig (2)]; ferner muß dafür gesorgt werden, daß die Erkrankten nicht zu Infektionsquellen für die Kameraden und bei der während oder nach dem Kriege erfolgenden Entlassung nicht zu einer Gefahr für die Heimat werden. Für die Erreichung dieser Ziele kommen die Fragen des Ortes und der Art der Behandlung, insbesondere die Stellungnahme zu der symptomatischen oder chronisch-intermittierenden Behandlung der Syphilis, sowie der Feststellung der Heilung bzw. Infektions-Unschädlichkeit in Betracht. Soweit es sich um die bei der Demobilisierung zu ergreifenden Maßnahmen handelt, kommen wir in einem späteren Kapitel ausführlich darauf zurück.

Digitized by Google

Neisser (25, 26) äußerte wohl als erster die Ansicht, an der er auch trotz vielfacher Einsprüche festhielt, daß die Behandlung der Geschlechtskranken im Felde, d. h. bei der Truppe selbst, sehr wohl möglich sei, wodurch weniger Leute dem Dienst entzogen würden; daß dabei die Behandlung der Gonorrhoe nicht immer eine gründliche sein würde, gibt er selbst zu, doch könne bei ungenügender Heilung bei der Entlassung Vorsorge getroffen werden. Abgesehen von Beron (4), der eine Behandlung bei der Truppe für chronische Gonorrhoe und Lues latens zulassen will, und Jadassohn (20), der glaubt, daß einfache Fälle auch hier gut abortiv behandelt werden können (beide übrigens sonst prinzipielle Anhänger der Lazarettbehandlung), hält nur Eicke (13), allerdings nach praktischen Erfahrungen im Felde, eine gründliche Behandlung beim Stellungskrieg — von dem jedoch zur Zeit der rein theoretischen Neisserschen Vorschläge noch keine Rede war — ohne Dienststörung für durchführbar. Im übrigen haben diese Vorschläge jedoch die entschiedenste Ablehnung gefunden [Finger (14), Stern (32), Rosenthal (30)]; Zieler (38), selbst an einem Feldlazarett tätig, setzte sofort in ihre Durchführbarkeit die größten Zweifel und zog auch aus dem Bestand der mitgeführten Medikamente den Schluß, daß sie nicht gewünscht werde, Lesser (22) hält sie gleichfalls bei marschierenden und kämpfenden Truppen für unmöglich und sieht darin eine Gefahr für die Entstehung von Komplikationen sowie extragenitalen Übertragungen bei akuten Syphilisfällen.

Demgegenüber wird ganz allgemein, wenn auch mit gewissen Einschränkungen, Lazarettbehandlung für erforderlich gehalten, so von Buschke (10) wenigstens für den überwiegenden Teil der Fälle, und von Lesser (22), der allerdings hinzufügt, daß diese die Leute der Truppe entzieht. Gerade den Geschlechtskrankheiten gegenüber, die man, wie schon einleitend hervorgehoben, als im allgemeinen vermeidbar betrachtet, ist das Bestreben, die mit ihrer Behandlung verbundene Dienstentziehung auf ein Minimum zu beschränken, begreiflich, und aus dieser Erwägung waren auch sicherlich die Vorschläge Neissers entstanden, ebenso wie auf sie der Wunsch Sterns (32) zurückzuführen ist, die Lazarettbehandlung auf die akuten infektiösen Erscheinungen zu beschränken, und sodann eine ambulante spezialärztliche Behandlung mit gleichzeitiger Beschäftigung im Garnisonsdienst anzuschließen. Den Wert der ambulanten Behandlung für die Truppe schätzt Rosenthal (30) gering ein, auch er fordert die Lazarettbehandlung zum mindesten für die Dauer der infektiösen Erscheinungen.

Stimmen auch die meisten Ansichten in der Empfehlung der Lazarettbehandlung im Gegensatz zur Behandlung bei der Truppe selbst überein,

Digitized by Google

und dürfte auch über die Zweckmäßigkeit der Einrichtung von Spezialabteilungen, wie solche von der DGBG (12) gefordert wurden, bzw. Spezialanstalten, in die Brinitzer (9) und Hoffmann (19) die Kranken möglichst überwiesen sehen wollen, die jedoch nach Brandweiner (8) und Pick (29) so groß sein müssen, daß nicht dauernd bei neuem Zugang Verlegungen notwendig werden, die einen unerwünschten Wechsel in der Behandlung mit sich bringen, und wie sie Gaucher (16) in seinem Referat in der Académie de Médicine entsprechend auch für Militär und Zivil vorschlägt, keine Differenz herrschen, so bestehen noch Meinungsverschiedenheiten darüber, ob die betreffenden Anstalten nahe hinter der Front, d. h. also noch im Operationsgebiet, in der Etappe oder im Heimatsgebiet errichtet werden sollen.

Nahe hinter der Front hält v. Veress (34, 35), obwohl er auch die Einrichtung von Spezialabteilungen im Etappengebiet und Hinterland nicht ausschließt, mobile, von Dermatologen geleitete Sanitätsanstalten für zweckmäßig, zu welchen infolge des Stellungskrieges entbehrliche Feld- und Reservespitäler eingerichtet werden könnten; de Napoli (24) fordert Behandlung in Feldlazaretten, nur durch Spezialärzte, keinen Abtransport in die Heimat. Beretvás (3) folgert die Berechtigung der Aufstellung einer Spezialsanitätsanstalt möglichst nahe hinter der Front, wodurch die durch den Transport ins Hinterland verloren gehende Zeit ausgenutzt werden kann, aus den von ihm damit erzielten Erfolgen; er konnte innerhalb drei Wochen als geheilt bzw. diensttauglich entlassen:

an Gonorrhoe erkrankte	62%
an Syphilis erkrankte	25%
an Ulcus molle erkrankte	74%.

Abgesehen hiervon wird der Ort der Behandlung meist von der Art des Erkrankungsfalles abhängig gemacht. So will Pasini (27) auch Blennorrhoe in Feld- oder Landspitälern behandeln, in letzteren auch komplizierte, chronische Formen, die längere Behandlung erfordern, während unkomplizierte im Felddienst bleiben können, im Feldlazarett ferner weiche Geschwüre und Syphilis I und II mit floriden Erscheinungen; latente Luesfälle sollen ambulant, tertiäre Erscheinungen mit energischer prolongierter Kur in der Heimat behandelt werden. Nach Blaschko (5, 6, 7) sollen Marschunfähige und solche, die es leicht werden können, also alle frischen Tripperfälle, Ulcus molle, schwerere Formen lokaler Syphilis in die Heimat, oder mindestens bis in die Etappe abgeschoben, hier auch andere Fälle, am besten in Speziallazaretten behandelt werden. Zieler (38) will die Kranken möglichst bald der Etappe überwiesen und von hier in große Spezialabteilungen geleitet sehen. Beron (4) bringt die Fälle, die

Digitized by Google

nicht an der Front selbst behandelt werden, in ihr möglichst nahe gelegene Feldspitäler, schwerere Syphilisfälle, tertiäre Formen, Bubonen in spezielle, an die lokalen Spitäler angegliederte Abteilungen, von hier eventuell besonders schwere Fälle in die Geschlechtskrankenabteilung in Sofia. Galewsky (15) schildert den für die Versorgung der Geschlechtskranken vorgeschriebenen Weg; sie kommen aus den hinter der Front gelegenen Sammelstellen in ein Kriegs- oder Festungslazarett, aus denen kompliziertere Fälle weiter zurück verlegt werden, die im Heimatsgebiet Erkrankten in ein Reserve- oder Festungslazarett. Touton (33) befürwortet den Rücktransport aller Geschlechtskranken in Heimatlazarette, Pautrier (28) die Errichtung von Zentralstellen in großen Städten eines Distriktes ohne Unterabteilungen in anderen Orten desselben; es sollen mit ihnen, um das ihnen sonst leicht anhaftende Odium zu vermeiden, dermatologische Abteilungen verbunden werden.

Da es bei der Kriegsbehandlung der Geschlechtskrankheiten, wie schon erwähnt, von größter Bedeutung ist, die erkrankten Soldaten möglichst schnell wieder dienstfähig zu machen, ist die Abortivbehandlung, wie Blaschko (7) sagt, noch wichtiger als im Frieden; bei der Wahrscheinlichkeit, daß hier auch mehr Fälle zur rechtzeitigen Kenntnis kommen, als bei der Friedenspraxis, kann mit dieser gegenüber noch verbesserten Resultaten gerechnet werden. Allerdings müßte, wofern es sich um an der Front erkrankte Personen handelt, deren Transport sehr schnell erfolgen, damit nicht der für den guten Erfolg günstige Zeitpunkt versäumt wird [Brandweiner (8)], oder die Behandlung an Ort und Stelle stattfinden, wie das Jadassohn (20), der ebenso wie v. Zeissl (37) und Hoffmann (19) für die Frühbehandlung der Syphilis eintritt, für einfache Fälle für gut durchführbar hält. Daß neben letzteren auch Neisser (26) die Abortivbehandlung der Gonorrhoe (und zwar mit Novinjektolsalbe) dringend empfiehlt, verdient um so mehr hervorgehoben zu werden, als er früher durchaus kein Anhänger der Methode war. Scholtz (31) hält die Novinjektolbehandlung im Felde für undurchführbar.

Neisser (26) glaubt in der Bekämpfung der Syphilis ein Mehr dadurch erreichen zu können, daß er jeden erosiven Prozeß so zu behandeln rät, als ob es Syphilis wäre. Lenzmann (21) schließt sich diesem Vorschlage, den er, wie er sagt, im Frieden ablehnen würde, an, während Jadassohn (20), Rosenthal (30), Brandweiner (8) sich dagegen erklären. Da es im ganzen doch nur vereinzelte Fälle sind, in denen der Spirochätennachweis versagt — ohne diesen sollte von der Abortivbehandlung überhaupt nicht die Rede sein — und von einem abwartenden Verhalten keine dauernde Gesundheitsschädigung zu befürchten ist, so ist der in den unsicheren Fällen zu erwartende Gewinn tatsächlich nicht groß genug, um die

Digitized by Google

unter Umständen ungerechtfertigte Belastung mit einer Syphilisvergangenheit billigen zu können.

Der Neissersche Vorschlag war, wenn auch ihm analoge Anschauungen schon im Frieden gelegentlich geäußert waren, für die besonderen Verhältnisse des Krieges gemacht worden. Für diese erkennt auch Gennerich (17) andere Gesichtspunkte als für die Friedensbehandlung an; ausgehend von der seiner Meinung nach für die wirkliche Heilung der Syphilis erforderlichen intensiven Behandlungsmethode, hält er eine Heilung nur für die Primärfälle für in Betracht kommend, bei den übrigen könne es sich nur darum handeln, die Felddienstfähigkeit wiederherzustellen und Behandlungsmethoden zu benutzen, die für die Dauer des Krieges und, wenn angängig, auch für die weitere Zukunft keinen ungünstigen Einfluß auf den Verlauf ausüben. Da seine Anschauungen über die Syphilisbehandlung wohl noch keine allzuweite Verbreitung auch in spezialärztlichen Kreisen gewonnen haben, wird es sich bei den meisten behandelnden und begutachtenden Ärzten darum handeln, welchen Maßstab sie an die Ausdehnung der einzelnen Kuren anzulegen und wie weit sie das unter normalem Verhältnis am weitesten verbreitete Prinzip der chronisch-intermittierenden Behandlung im Kriege werden durchführen können Was die Dauer der Kuren anbetrifft, so scheint nicht immer die im Frieden für erforderlich gehaltene Ausdehnung stattzuhaben; Beretvas (3) entläßt die Kranken, sobald sie symptomlos sind, mit der Anweisung, sich, falls sie von Erscheinungen frei bleiben, nach zwei Monaten wieder zu melden, und gibt an, sie dann stets symptomlos gefunden zu haben. Die erste Kur möchte Blaschko (5) möglichst bis zum Negativwerden der WR ausgedehnt sehen, eine neue Kur soll nach ihm (7) nur bei manifesten Erscheinungen vorgenommen werden. Moldovan (23) läßt die Kranken nach der Spitalentlassung intermittierende Kuren machen, deren Anordnung von dem Ausfall der alle drei Monate vorzunehmenden Prüfung der WR in Verbindung mit dem klinischen Befunde abhängig gemacht wird. In dem Ausfall der WR allein sieht Rosenthal (30) keinen Maßstab für Wiederholung der Kur. Ballin und Engwer (1) suchen die Kur vorzunehmen, sobald dazu ohne Schädigung des Dienstes Gelegenheit gegeben ist, um dadurch über die Schwierigkeiten hinfortzukommen, die sich daraus ergeben, daß einerseits das Unterlassen der Behandlung im Latenzstadium die Zahl der Rezidive steigert, andererseits die chronisch-intermittierende Behandlung zu viel Leute der Truppe entzieht. Durchgeführt soll dies werden auf Grund eines bei den Formationen anzulegenden „Syphilisbuches", in das bisheriger Verlauf und Behandlung eingetragen wird; an seiner Hand könnte die Zeit der Ausbildung, des Garnisonsaufenthaltes wegen anderweitiger Erkrankungen und wegen Verwundungen, sowie die Zeit

Digitized by Google

des Stellungskrieges zu Kuren benutzt werden. Diesem Vorschlage liegt ein durchaus gesunder Gedanke zugrunde, der jedoch nur dann hätte fruchtbringend wirken können, wenn die für seine Durchführung erforderlichen Grundlagen von Beginn des Krieges an geschaffen worden wären. Da das nicht geschehen ist, müssen wir uns leider damit abfinden, daß viele Syphilitiker nicht die sonst für wünschenswert gehaltene Behandlung gefunden haben, und müssen die Möglichkeit gewisser, sich daraus für die Zukunft ergebender Schädigungen im Auge behalten.

Möglichst schnell glaubt v. Zeissl (36, 37) die Patienten durch große Gaben Hg und Jod wieder dienstfähig zu machen, zu denen er durch den Krieg gekommen ist, Pautrier (28) wesentlich durch Neosalvarsan, allerdings unterstützt durch Hg. Die reine Salvarsanbehandlung wird von v. Crippa (11) und von Rosenthal (30) ausdrücklich verworfen, übrigens ist, soweit direkte Angaben vorliegen, allgemein von der kombinierten Behandlung die Rede [Ballin und Engwer (1), Beretvas (3), Galewsky (15), Hoffmann (19)]. Scholtz (31) rät mit Rücksicht auf zwei Todesfälle, die er nach Neosalvarsan sah, bei Leuten, die im Felde waren, zur Vorsicht, und empfiehlt es nur für primäre Lues. Neisser (26) empfahl auch für die Behandlung bei der Truppe neben Neosalvarsan intramuskuläre Merzinoleinspritzungen, doch will Blaschko (5) das graue Öl nur bei besonderen Fällen angewandt sehen.

Die Geschlechtskranken möchten Galewsky (15) und Blaschko (7) bis zur völligen Heilung im Lazarett halten, womit auch der eventuellen Weiterverbreitung auf die Familien mit Rücksicht auf die vielen Verheirateten vorgebeugt werden soll. Vor der Entlassung der Gonorrhoiker prüfen Galewsky (15) und Heller (18) die Heilung durch provokatorische Maßnahmen, besonders intravenöse Vakzineeinspritzungen; es werden dadurch Rückfälle seltener. Heller hält dabei die Fieberbewegung nach der Vakzineeinspritzung nicht für charakteristisch, sondern nur das nach 2—3 Tagen erfolgende Wiederauftreten der Gonokokken für maßgebend. Eine weitere Kontrolle der entlassenen Syphilitiker und Gonorrhoiker durch den Truppenarzt wünscht Blaschko (5), doch dürfte davon wohl nicht viel die Rede sein.

Über die Behandlung des Trippers und weichen Schankers liegen keine von den Prinzipien des Friedens abweichenden Mitteilungen vor.

Literatur.

1. Ballin und Engwer, Läßt sich die Luesbehandlung der Kriegsteilnehmer den therapeutischen Prinzipien des Friedens näher bringen? M. m. W., 1917, Nr 2. — 2. Bendig, Die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten für den Krieg, mit Berücksichtigung des Württembergischen XIII. Armeekorps. Württ. med. Korr. Bl., 1915, Nr. 19. — 3. Beretvás, Beiträge zur Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten im

Digitized by Google

Felde. Der Militärarzt, 1916, Nr. 17. — 4. Beron, R., Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter den in Mazedonien stehenden bulgarischen Truppen und die Frage der Prostitution in den eroberten Gebieten. Derm. W., 1916, Bd. 62, Nr. 31, 32. — 5. Blaschko, A., Welche Aufgaben erwachsen dem Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten aus dem Kriege? Leipzig, 1915. — 6. Blaschko, A., Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. D. m. W., 1914, Nr. 40. — 7. Blaschko, A., Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege. Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1915, Nr 19. — 8. Brandweiner, Zur Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. W. kl. W., 1915, Nr. 41. — 9. Brinitzer, E., Haut- und Geschlechtskrankheiten bei Kriegsteilnehmern. M. Kl., 1915, Nr. 17. — 10. Buschke, A., Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. D. m. W., 1914, Nr. 43. — 11. v. Crippa, J. F., Ein Beitrag zum Kapitel: Dermatologische Kriegserfahrungen. Arch. f. Derm., 1916, Bd. 123, H. 2. — 12. Deutsche Ges. f. Bek. d. Geschlkr. (DGBG). Ausschußsitzung 18. IV. 1915. Derm. W., 1915, Bd. 60, S. 550. — 13. Eicke, H., Einiges zur Verhütung und Behandlung der Geschlechtskrankheiten im Felde. M. Kl., 1915, Nr. 24. — 14. Finger, E., Die Geschlechtskrankheiten und der Krieg. W. kl. W., 1914, Nr. 45. — 15. Galewsky, Über die Behandlung geschlechtskranker Soldaten in den Reservelazaretten und die spätere Fürsorge für dieselben. Fortschr. d. Med., 1915/16, Nr. 34. — 16. Gaucher, La lutte contre les maladies vénériennes et la syphilis. La Presse méd., 1916, Nr. 33, 34, 36. — 17. Gennerich, Zur Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten im Felde. M. m. W., 1915, Nr. 16. — 18. Heller, J., Über die Provokation von Gonokokken durch intravenöse Einspritzung von Gonokokkenvakzinen. M. m. W., 1917, Nr. 22, Feldbeil. — 19. Hoffmann, E., Zur Bekämpfung der Läuseplage und Verhütung der Geschlechtskrankheiten. Derm. Zschr., 1915, Nr. 4. — 20. Jadassohn, J., Prophylaxe und Behandlung der venerischen Krankheiten im mobilisierten und im Kriegsheer. Schweiz. Korr. Bl., 1915, Nr. 12. — 21. Lenzmann, Die Bedeutung und Behandlung der Geschlechtskrankheiten im Felde. M. m. W., 1915, Nr. 7. — 22. Lesser, E., Über Geschlechtskrankheiten im Felde und deren Verhütung. Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1914, Nr. 23. — 23. Moldovan, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei der Armee im Felde. Feldärztl. Tagung b. d. k. k. 2. Armee. Lemberg, Febr. 1917. (Ref. D. m. W., 1917, Nr. 14.) — 24. de Napoli, F., Krieg und sexuelle Fragen. Riforma med., 1916, Nr. 10. (Ref. Derm. W. 1917, Nr. 23.) — 25. Neisser, A., Krieg. Prostitution und Geschlechtskrankheiten. D. m. W., 1915, Nr. 3. — 26. Neisser, A., Venerische Krankheiten bei den im Felde stehenden Truppen. D. m. W., 1914. Nr. 33, — 27. Pasini, A., Krieg, Prostitution und Geschlechtskrankheiten. Giorn. ital. delle mal. vener., 1915, H. 2. (Ref. Derm.W., 1915, Bd. 61, S. 869.) — 28. Pautrier, Über die allgemeine Organisation der Militärspitäler für Venerische und die angegliederten Abteilungen. Ann. de. Derm. et de. syph., 1916, Nr. 5. (Ref. Derm. Zschr., Bd. 24, H. 8.) — 29. Pick, W., Ein Erfolg im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten. W. m. W., 1915, Nr 41. — 30. Rosenthal, O., Über einige wichtige Fragen bei der Behandlung geschlechtskranker Soldaten, besonders über die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion. Derm. Zschr., 1916, H. 2 — 31. Scholz, W., Verbreitung, Bekämpfung und Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege. D. m. W., 1915, Nr. 25. — 32. Stern, C., Die Behandlung geschlechtskranker Soldaten im Kriege. D. m. W., 1915, Nr. 16. — 33. Touton, Geschlechtsleben und Geschlechtskrankheiten in den Heeren, im Kriege und im Frieden. B. kl. W., 1915, Nr. 1—4. — 34. v. Veress, Fr., Die Behandlung der geschlechtskranken Soldaten im Felde. Der Militärarzt, 1916, Nr. 17. — 35. v. Veress, Fr., Über die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten mit besonderer Rücksicht auf die Armee im Felde. Derm. W., 1916, Bd. 63, S. 1113. — 36. v. Zeissl, M., Die Syphilisbehand-

Digitized by Google

lung zur Kriegszeit und was soll nach Friedensschluß geschehen, die Zivilbevölkerung vor der Infektion durch venerisch krank Heimkehrende zu schützen. B. kl. W., 1916, Nr. 2. — 37. v. Zeissl, M., Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan; wie sollen wir die Bevölkerung des Hinterlandes gegen die venerischen Krankheiten schützen? W. m. W., 1916, Nr. 21. — 38. Zieler, Zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten bei den im Felde stehenden Truppen. D. m. W., 1915, Nr. 1.

(Fortsetzung folgt.)

Zur Zunahme der Hautpilzerkrankungen beim Menschen und Vieh.

Von

Prof. Dr. C. Mense in Kassel.

Das von allen Seiten gemeldete massenhafte Auftreten der Trichophytie, besonders der Bartflechte, steht zweifellos im Zusammenhang mit den unvermeidlichen Begleiterscheinungen des großen Krieges, wie Seifenmangel, erzwungene Unsauberkeit, gemeinschaftliche Benutzung derselben Wäsche und Kleidungsstücke usw. Galewsky[1]) hat erst in Nr. 16 dieser Wochenschrift darauf hingewiesen.

Zweifellos hat aber die Zunahme der Bartflechte und verwandter Krankheiten schon vor dem Kriege eingesetzt, als die genannten begünstigenden Umstände noch nicht die heutige Rolle spielten.

Für den Kreis meiner fachärztlichen Tätigkeit, Kassel und seine nähere und weitere Umgebung, machte sich das vermehrte Auftreten bereits mehrere Jahre vor Kriegsausbruch bemerkbar und zwar zuerst unter der Landbevölkerung. Es waren atypische, d. h. zum großen Teile nicht durch Trichophyton tonsurans hervorgerufene Erkrankungen oft von erstaunlicher Schwere. So habe ich einen Kranken aus einem entlegenen Gebirgsdorfe zu behandeln gehabt, dessen Halshaut unter dem Kinn derart bretthart infiltriert war, daß der Patient kaum den Mund öffnen konnte und fürchtete, Hungers sterben zu müssen.

Auch andere Hautmykosen, Krankheitsbilder, an Hartnäckigkeit und Vielgestaltigkeit der indischen Dhobie Itch oder Wäscherkrätze, einem Ekzema marginatum mit Trichophyten, Epidermophyten und auch wohl Endodermophyten (Castellani) als Erreger gleichend, traten schon seit etwa einem Jahrzehnt vermehrt auf. Auch unter diesen Kranken liefern Landleute, Vieh- und Fellhändler die meisten Fälle.

Auf Grund meiner Nachforschungen muß ich annehmen, daß für diese Schichten der Bevölkerung ein bisher nicht beachteter Umstand, nämlich die in den letzten Jahren mehr und mehr veränderte Viehhaltung, eine wichtige Rolle spielt. Die fast ausschließliche Stallfütterung hat zum großen Teile dem Weidegange, besonders des Rindviehs, Platz gemacht. Aus guten volkswirtschaftlichen Gründen haben Gemeinden und landwirtschaftliche Behörden und Verbände in dieser Richtung eine rege Werbetätigkeit entfaltet. Aber während vordem das einzelne pilzkranke Stück Vieh, besonders des Kleinbauern, höchstens seinen Stallgenossen gefährlich wurde, tummeln sich jetzt Kälber und Rinder aus den verschiedensten Stallungen zusammen auf Weiden

[1]) Galewsky, Über das gehäufte Auftreten der Trichophytie. Derm. W., 9. März 1918.

Digitized by Google

und Wiesen und stecken sich gegenseitig an, wodurch wiederum der sich mit ihnen befassende Mensch der Übertragung ausgesetzt ist.

Manchem meiner Kranken, welcher sich den Kopf zerbrach, woher seine Infektion stammen könnte, da er peinlich sauber sei und sich stets selbst rasiere, fiel es wie Schuppen von den Augen, wenn ich auf die Möglichkeit eines solchen Zusammenhangs aufmerksam machte. „Also hat dieser verfl .... Weidegang nicht bloß meine schönen Kälber, sondern auch mich krank gemacht," äußerten sich nicht wenige. Und die meisten teilten mit, daß „Räude", „Grind" und dergleichen unter ihren Haustieren viel häufiger seien als vordem.

Es ist unbedingt erforderlich, daß die dringend nötigen behördlichen Verhütungsmaßregeln gegen Bartflechte usw. auch diese Krankheitsquelle zu verstopfen bestrebt sind.

Wenn demnächst unsere abnehmenden Viehbestände aus dem Osten ergänzt werden sollten, sind veterinärpolizeiliche Maßnahmen in diesem Sinne sicherlich zu erwarten.

Eine andere von den Hautmykosen stark bedrohte Klasse der Bevölkerung sind die Kinder. Schon jetzt mehren sich die Fälle von Kerion Celsi, und ihre regelmäßige und ausdauernde Behandlung mit stark wirkenden chemischen und physikalischen Mitteln wird nicht nur durch die Unkenntnis der Eltern, sondern auch, soweit das Land in Betracht kommt, durch die schlechten Verkehrsverhältnisse oft geradezu unmöglich gemacht.

Wie wird es aber erst werden, wenn die Tausende von heimkehrenden Kriegern ihre Kinder auf die Knie nehmen und die kleinen Köpfchen sich zutraulich an den pilzverseuchten Hals des Vaters schmiegen!

Auch auf diesem Gebiete müssen Schul- und Militärbehörden für Verhütung und Aufklärung sorgen. Sonst werden nach einigen Jahren die ländlichen Volksschulen Brutstätten schwer ausrottbarer Kopftrichophytien sein und lange Zeit bleiben.

Zur Bekämpfung der Bartflechten.

Von

Dr. Caesar Philip in Hamburg.

Die ansteckenden Hautkrankheiten haben während des Krieges beim Militär und bei der bürgerlichen Bevölkerung ohne Zweifel stark zugenommen, und die Militärbehörden, die Kommunalverwaltungen und Krankenkassen haben ein lebhaftes Interesse daran, einem weiteren Umsichgreifen dieser Erkrankungen vorzubeugen. Vor allem sind es Skabies, Furunkulose und Bartflechten, die in vermehrter Zahl auftreten und an einzelnen Orten zu wahren Epidemien geführt haben. Während die Ausbreitung der Skabies und Furunkulose bereits ihren Höhepunkt überschritten zu haben scheint, haben wir meines Erachtens bei den Bartflechten noch mit einem weiteren Ansteigen der Erkrankungszahl zu rechnen, wenn nicht rechtzeitig energische Maßregeln ergriffen werden, und ich möchte daher die folgenden Vorschläge den Truppenärzten und Fachkollegen unterbreiten und sie bitten, zu diesen Vorschlägen in eingehender Besprechung Stellung zu nehmen.

Wenn ich meinen Aufsatz „Zur Bekämpfung der Bartflechten" überschrieben habe, so geschah es in der Absicht, nicht die Heilung der Sykosis zu besprechen, sondern die Prophylaxe der Bartflechten (der staphylogenen wie auch der durch Trichophyton her-

Digitized by Google

vorgerufenen). Dabei muß ich näher auf die Ursachen für das gehäufte Auftreten der Sykosis eingehen.

Die hauptsächliche Ursache ist wohl das enge Zusammenwohnen und Zusammenleben der Bevölkerung während des Krieges. Millionen von Menschen leben und wohnen beim Militär in engster Gemeinschaft, denen vorher in ihrer Wohnung und bei ihrer Beschäftigung eigene und weite Räume zur Verfügung standen. In treuer Kameradschaft teilen sie nicht nur die Leiden und Freuden des Feldzuges, sondern auch oft Eß- und Waschgeschirr, Handtuch und Bettwäsche, benutzen dieselbe Seife und dasselbe Rasierzeug. Ähnlich ist es in den Munitionsfabriken und anderen großen Betrieben, die für den Kriegsbedarf arbeiten und in ihren hygienischen Einrichtungen nicht Schritt halten konnten mit der schnellen Vergrößerung ihrer Betriebe. So ist mir z. B. berichtet worden, daß dasselbe Bett ohne Wechsel der Wäsche hintereinander von verschiedenen Personen benutzt wird. Hinzu kommt, daß die Wascheinrichtungen oft nur äußerst primitiv sind und eine gründliche Körperreinigung kaum ermöglichen. Dazu kommt der Mangel an guter Seife und an Badegelegenheit. Die öffentlichen Badeanstalten sind zum Teil geschlossen, in den Privatwohnungen ist die Benutzung der Badewannen durch die Kohlenknappheit beschränkt, und im Heere kann bei der großen Ausdehnung der Kriegsschauplätze und den raschen Vorwärtsbewegungen auch nur den dringendsten Bedürfnissen in dieser Richtung Rechnung getragen werden.

In den Friseurstuben sind an die Stelle der erfahrenen Leute in großem Umfange Lehrlinge und Frauen getreten, die eine peinliche Sauberkeit, die Asepsis des Friseurs, nicht genügend auszuüben wissen, und die feste Kundschaft ist einer fortwährend wechselnden gewichen, so daß ein Einschleppen von Krankheitserregern viel häufiger stattfindet.

Endlich tritt hinzu eine gewisse Leichtfertigkeit bei der Behandlung der Bartflechten. Da außer etwas Jucken und Brennen meist keine größeren Schmerzen empfunden werden, so versucht der Kranke bei diesem „kleinen" Leiden zunächst selbst mit Hausmitteln oder den Medikamenten des Kameraden oder Kollegen sich zu heilen. Als Kuriosum mag hier erwähnt werden, daß als Volksmittel das Auftragen von Fensterschweiß auf die Trichophytieplaques benutzt wird. Leider wird aber auch vom Arzte in vielen Fällen mit irgend einer Salbe, Tinktur oder einem Spiritus, der gerade in einer medizinischen Zeitschrift empfohlen ist, lange Zeit behandelt, bis endlich der Kranke, wenn gar keine Heilung eintreten will und der Zustand ein ganz schwerer geworden ist, dem Dermatologen zugeführt wird.

Aus der Erkenntnis der Ursachen ergeben sich die Mittel zur Bekämpfung der Bartflechten von selbst. Ich fasse sie kurz in die folgenden Vorschläge zusammen:

1. Im Heere und in der bürgerlichen Bevölkerung ist das Selbstrasieren während der Kriegszeit möglichst viel zu empfehlen, eventuell durch aufklärende Zeitungsartikel.

2. In Kasernen, Bureaus und Fabriken muß trotz aller Schwierigkeiten mehr auf Hygiene gesehen werden.

3. Den Friseuren sowie den Bartkranken sind Ratschläge für eine gründliche Desinfektion zu geben; es sind ihnen Desinfektionsmittel, Seife, Äther und Spiritus in genügenden Mengen zur Verfügung zu stellen.

4. Die Bartkranken sind vollkommen von dem Besuch der öffentlichen Friseurgeschäfte fernzuhalten, dadurch, daß man ihnen einen bestimmten Friseur zur Verfügung stellt und daß man den Friseuren streng verbietet, einen Kranken oder der Bartflechte Verdächtigen zu bedienen. (Diese Maßregel, die H. C. Plaut in seinem Werke über die Pilzerkrankungen [Mračeк, Handbuch der Hautkrankheiten] bereits empfohlen hat, ist auf meinen Antrag hier in Hamburg eingeführt worden. Die „Einigungskommission

Digitized by Google

hamb. Ärzte und Krankenkassen" und das Medizinalkollegium haben gemeinsam eine Krankenrasierstube eingerichtet. Sie hat einen ungeahnten Zulauf erhalten, so daß die ursprünglich dafür vorgesehenen Räume bald nicht mehr reichten, und sie hat bereits viel Gutes in der Bekämpfung der Bartflechten geleistet.)

5. In Kasernen, Fabriken usw. muß für eine Aufklärung der Leute über die Verbreitung und Bedeutung der Bartflechten gewirkt werden. Es muß darauf hingewiesen werden, daß nur eine rechtzeitige, sachgemäße Behandlung schnelle Heilung verspricht, daß ein Verschleppen die Krankheit zu einem unendlich hartnäckigen, lästigen Übel macht und die Umgebung und Familie gefährdet. (Eine große Zahl von Urlaubern hat bereits auf ihren Besuchen die Familie angesteckt.)

6. Eine jetzt vorzunehmende, eventuell nach längerer Zeit zu wiederholende Untersuchung der Truppen und der Arbeiter hätte die zahllosen Kranken, die ohne Behandlung umherlaufen, dem Arzte zuzuführen und eine Statistik aufzustellen.

7. Truppenärzte und Krankenkassenärzte wären anzuhalten, daß sie die Bartkranken schnellstens den Lazaretten oder den Fachärzten überweisen, ohne erst lange mit untauglichen Mitteln eine Behandlung zu versuchen.

Wenn die Forderung nach einem Krankenfriseur sich hier in Hamburg so leicht und schnell erfüllen ließ, so zweifle ich nicht, daß auch meine übrigen Vorschläge durchführbar sind und ein weiteres Umsichgreifen der Bartflechten verhüten würden.

Auf die Heilungsmethoden der Sykosis, die Therapie des einzelnen Falles bin ich hier nicht eingegangen, aber ich darf die Dermatologen wohl bitten, auch hierüber und über meine Vorschläge eine breite Diskussion zu eröffnen. Vielleicht ergäbo sich aus den Erfahrungen vieler eine einfache, sichere Therapie mit Mitteln, die noch reichlich vorhanden sind.

Fachzeitschriften.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

1917, Bd. 58, H. 3.

Hautkrankheiten und Syphilis im Kriege, ihre militärische und soziale Bedeutung, von FERDINANDO DE NAPOLI. Die Arbeit ist insofern interessant, als sie uns mit den von den unseren stark abweichenden Grundsätzen bekannt macht, die im italienischen Heere bei der Behandlung der Venerischen befolgt werden. In der Einleitung finden sich einige charakteristische Sätze: „Der Krieg hat die Italiener hinsichtlich der Maßregeln gegen die Geschlechtskrankheiten ganz unvorbereitet getroffen. . . . Aber auch die Deutschen, die sich seit 40 Jahren darauf vorbereiteten, Europa anzugreifen, und die es mit Fleiß und Mühe erreicht haben, die Typhusbazillenträger (LUSTIG) aus den Ländern, die der Schauplatz der so lang vorbereiteten Tragödie werden sollten, zu entfernen, sind nicht genügend zum Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten gerüstet gewesen. Sicherlich glaubten die Schwärmer von Mitteleuropa an einen kurzen Eroberungskrieg und meinten deshalb diese Vorsichtsmaßregeln vernachlässigen zu können." Erst im Mai 1916 wurde die grundsätzliche Behandlung der Geschlechtskranken durch Spezialärzte und in Speziallazaretten eingeführt. Die Intendenza Generale bestimmte: alle Venerischen sollen ambulant behandelt werden, mit Ausnahme der komplizierten Fälle, die Lazarettbehandlung erfordern. Die Ambulanten müssen allen Dienst versehen, soweit es ihr Zustand erlaubt, und müssen auch am Kampfe teilnehmen. Sie sollen streng überwacht werden, damit sie nicht andere anstecken. Handelt es sich um kontagiöse Manifestationen der Syphilis, so erfolgt Aufnahme in ein geeignetes Pflegelokal. Die in Lazaretten Behandelten müssen nach der Heilung zur Front zurückkehren. Der Verf. findet auf Grund zweijähriger Erfahrung im Kriegsgebiet, daß diese Grundsätze für die Blennorrhoiker und Ulcus molle-Patienten ohne Schaden durchzuführen sind. Es gelingt, etwa 70 % akuter Blennorrhoe zu heilen, nur in 30 % treten Komplikationen ein, was den Friedensprozentsatz von 25 nur wenig übertrifft.

Digitized by Google

Molluscum contagiosum, von VINCENZO DIAMARE. (1 Tafel.) Verf. hatte Gelegenheit, Molluscum cont. bei Alauda cristata zu untersuchen. Der Vergleich der histologischen Verhältnisse des Vogelmolluskums mit dem menschlichen ergab, daß es sich hier wie dort um den gleichen pathologischen Vorgang handelt. Nur sind die Molluskumkörperchen beim Vogel kleiner und von ganz homogenem Aussehen, außerdem enthalten sie Elemente, die sich mit Osmium schwärzen. In den menschlichen Molluskumkörperchen, die doppelt konturierte Säckchen darstellen, erfüllt mit einem Konglomerat einer glasigen Substanz, in deren Zwischenräume stark färbbare — daher vom Verf. als chromatophile Substanz bezeichnet — Elemente eingelagert sind, fehlt diese osmierbare Substanz. Verf. lehnt die Ansicht einiger Verfasser, daß die Zelldegeneration bei Moll. cont. vom Kern ausgehe, ab, weil die Kerne noch lange wohlerhalten sind, wenn das Protoplasma schon degeneriert ist. Die glasige Substanz ist nach ihren Reaktionen als Keratin anzusprechen, die chromatophile Substanz steht vielleicht im Zusammenhang mit den chromatophilen Substanzen des normalen Zellplasmas, keinesfalls entspricht sie dem Keratohyalin der Verfasser, noch hat sie irgend etwas mit dem mutmaßlichen Erreger zu tun. Elemente, die als solche aufzufassen sind, beobachtete Verf. nirgends, dagegen fand er in den Schnitten des Vogelmolluskums in der Umgebung der Körperchen und in den Blutgefäßen nur mit Giemsa färbbare Diplobazillen, die er nicht als einfache Saprophyten ansehen will.

Ein Fall von Orientbeule, von PIETRO STANCANELLI. Das Interesse des Falles liegt darin, daß gleichzeitig zwei Beulen sich entwickelten, eine an der Nase, die andere auf dem rechten Vorderarm. Letztere erwähnte Patient, da er sie für einen einfachen Furunkel hielt, niemals, und da die Effloreszenz an der Nase, durch verschiedene therapeutische Maßnahmen irritiert, jedes charakteristische Gepräge verloren hatte, wurde die Diagnose erst nach Jahren und erst dann gestellt, als man die zweite Beule am Arme entdeckte, in deren Abstrich wirklich Leishmannia gefunden wurde. Abheilen unter feuchten Verbänden, Röntgenstrahlen hatten ganz versagt. Nach Aussage des zuverlässigen Patienten war die Effloreszenz an der Nase im Anschluß an einen Mückenstich entstanden, und ein zweiter Stich derselben Mücke ist wohl als Ursache der Beule am Arme anzunehmen.

Heft 4.

Fortsetzung von „Hautkrankheiten und Syphilis im Kriege usw.“, von DE NAPOLI. Dagegen gehört nach Verf. die primäre Lues als Beginn einer konstitutionellen Krankheit ins Lazarett, ebenso wegen ihrer Ansteckungsfähigkeit die Schleimhautaffektionen der sekundären Lues, während man sonst Lues II und III wird im Operationsgebiet behandeln können. Für die Behandlung der Verlausung und der Krätze hält Verf. im Operationsgebiet liegende Spezialanstalten für das geeignetste, um eine möglichst energische und möglichst kurze Behandlung zu gewährleisten. Das große Gebiet der anderen, nicht parasitären Hautkrankheiten übergeht der Verf. Nur den artifiziellen schiebt er eine auffallend große Bedeutung zu. Er schlägt vor, um die Nachahmer abzuschrecken, daß die Namen der Betreffenden öffentlich in den Kompanien bekanntgemacht werden sollen, und daß sie selbst in gewissen Abteilungen vereinigt werden, die durchaus nicht aus der vordersten Linie entfernt werden, sondern gerade hier unter strenger Aufsicht und möglichster Heranziehung zum Dienst geheilt werden sollen. Die Ausführungen über die ambulatorische Behandlung der Venerischen und die Prophylaxe enthalten nichts Wesentliches. Verf. empfiehlt, daß jedem Soldaten seine „antivenerische Schachtel“ vom Militär geliefert werde, die außer der Metschnikoffschen Pasta, mit der jeder italienische Marinesoldat ausgerüstet ist, antiseptische Seife (Sublimat oder Lysoform) und Protargolpaste enthält.

Über das Verhalten des Urins nach intravenöser Injektion von Salvarsan, von CESARE CAVINA. Die an 50 Patienten mit gesunden Nieren ausgeführten Untersuchungen ergaben, daß die intravenöse Injektion von Salvarsan in therapeutischer Dosis nur sehr selten das Vorkommen pathologischer Elemente im Urin (Albumen, Sanguis, Zylinder) hervorruft. Dagegen tritt sehr häufig, fast konstant, eine gewöhnlich sehr starke Urobilinurie und häufig Hämatoporphyrin-Ausscheidung auf. Verf. erklärt sich diese Erscheinungen durch eine starke, durch das Salvarsan hervorgerufene Zerstörung von Hämoglobin. Die Urobilinurie verschwindet gewöhnlich nach einer Woche, bisweilen aber auch erst nach 11—12 Tagen.

Ein Fall von Dermatitis factitia, Dermatitis ekzematiformis und Psoriasis, von RAFFAELE RIVALTA. Mittels der Wurzel einer unbekannten Pflanze hatte sich ein

Digitized by Google

Soldat eine bläschenförmige Dermatitis beigebracht, die sich weiter über die irritierte Stelle über den Proc. mastoideus hinaus über das Gesicht, Hals und Schultern verbreitete. Sie heilte auch nicht wie andere ähnliche Fälle in einigen Tagen ab, sondern nach drei Wochen zeigten alle diese Stellen außer den Resten der Dermatitis (die Haut ist dünn, gerötet, an einigen Stellen nässend, an anderen mit blutig-serösen Krusten bedeckt) mit Schuppen bedeckte kleine und größere, bisweilen konfluierende Flecken. Am Körper fanden sich am Rücken, Bauch, in der Glutäalregion, über den Ellenbogen echte Psoriasisflecke verschiedener Größe. Die Anamnese ergab, daß Patient schon einmal an einer der jetzigen ähnlichen Hautkrankheit gelitten hatte. Seine längeren Auseinandersetzungen über den Zusammenhang zwischen der Dermatitis und der Psoriasis faßt Verf. dahin zusammen: Bei einem zu Psoriasis neigenden Soldaten wird durch den Reiz einer irritierenden Substanz und der nachfolgenden Dermatitis ein Psoriasisausbruch hervorgerufen. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Mitteilungen aus der Literatur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Die Entwicklung des Melanismus der Cymatophora or. F. ab. albingensis Warn nach dem mikroskopischen Bilde, von K. Hasebrock-Hamburg. (Internat. Entomol. Zschr., 1917, Nr. 21.) Vom Schuppenbalg aus erfolgt die Pigmenteinwanderung in die Schuppe, und zwar bei der albingensis in höchst verstärktem Maße gegenüber der Stammform or. Die Einwanderung der pigmentierenden Potenz aus dem pigmentreichen Schuppenbalg in die Schuppen ist das eigentliche Endstadium der Entwicklung des makroskopischen Melanismus der Cymatophora or. ab. albingensis.

O. Gans-Karlsruhe.

Mikroskopische Technik.

Über Paschensche Körperchen, von Paschen. (Ärztl. Ver. Hamburg, April 1917.) P. ist es gelungen, in den Rachenpocken die von ihm als Erreger angesprochenen Elementarkörperchen nachzuweisen. Die Schleimhautaffektionen im Rachen sind diagnostisch von großer Bedeutung, da sie häufig zu einer Zeit auftreten, wo das Exanthem erst im Entstehen ist. E. Brinitzer-Altona.

Über die Verwendung von Farbstiften zur Färbung mikroskopischer Präparate, von Hans Lipp. (M. m. W., 1917, Nr. 21.) Die verwandten Stifte wurden von Paul Altmann-Berlin bezogen. Die Vorzüge der Methode, die tadellose Bilder liefert, sind zahlreich. Man kann die Stifte wie Bleistifte bei sich führen, zur Auflösung braucht man Brunnen- oder Regenwasser. Der Verbrauch der Farbstiftmasse ist ein sehr geringer, der Preis niedrig. A. Witte-Bremen.

Methode zur Sichtbarmachung von Bakterien und Spirochäten, von H. C. Benians. (Brit. m. J., 25. Nov. 1916.) Die Methode besteht darin, die Bakterien nicht, wohl aber den Hintergrund und zwar blau zu färben, ähnlich der Burrischen Tuschemethode. Ein kleiner Tropfen einer 2%igen wässerigen Kongorotlösung wird auf einen Objektträger gebracht und die zu untersuchende Substanz in Form ebenfalls eines kleinen Tropfens mit Hilfe einer Platinöse damit verrieben und dann das Ganze mit dem Rande eines anderen Objektträgers auf dem ersten ausgebreitet. Nach Trocknung wird der Objektträger mit 1%iger Salzsäurelösung übergossen und wieder getrocknet. Man kann mit der Ölimmersion untersuchen. Für Spirochäten soll diese Methode gut geeignet sein.

A. Gunsett-Straßburg.

Bakteriologie.

Bakteriologische und serologische Untersuchungen mit dem Fränkelschen Gasbrandbazillus, von F. Klose. (Zschr. f. Hyg., 1916, Bd. 82, H. 2.) Der Fränkelsche Gasbrandbazillus bildet ein Toxin, dessen Nachweis im Blutserum von an Gasphlegmone erkrankten Verwundeten, in der Exsudatflüssigkeit infizierter Meerschweinchen und in

Digitized by Google

Traubenzuckerbouillonkulturen des Bazillus gelungen ist, und dessen Resorption als Hauptursache des Todes der Versuchstiere und der Menschen angesprochen wird. Das Toxin ist ziemlich thermostabil, es wird durch Einleiten von O und Zugabe von 0,5 % Karbol nicht wesentlich geschädigt. Auch Sonnenlicht beeinträchtigt seine Wirksamkeit nach einigen Stunden nicht merklich. Durch subkutane Einverleibung des Toxins konnten die für die Gasphlegmone charakteristischen anatomischen Gewebsveränderungen, durch intraperitoneale ein schweres, unter den Anzeichen der Dyspnoe stehendes Allgemeinkrankheitsbild, eventuell der Tod der Versuchstiere erzeugt werden. Durch entsprechende Vorbehandlung von Kaninchen, Eseln und Pferden gelang es, ein Immunserum zu gewinnen, das bei prophylaktischer und therapeutischer Verabreichung eine wesentliche Erkrankung der Versuchstiere trotz der Infektion mit der dreifach tödlichen Dosis 24stündiger Hirnbreikultur abwendete bzw. bestehende Krankheitserscheinungen zur Rückbildung brachte. Da das Immunserum gegenüber einer spezifischen Intoxikation einen Immunisierungs- und Heilwert aufwies, und da es gelang, Toxin und Antitoxin dem Gesetz der Multipla entsprechend abzusättigen, so wird dasselbe als ein antitoxisches angesprochen. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Zur Differentialdiagnose der Gasbranderreger, von Hans Zacherl-Wien. (W. kl. W., 1917, Nr. 17.) Zu einer Traubenzuckerbouillon werden einige Tropfen einer Pyronin-Methylgrünlösung zugesetzt, dann sterilisiert und mit Paraffinöl überschichtet. Die zunächst lichtblaue Farbe der Bouillon verschwindet mit der Sterilisierung. Die nun eingesäten anärobischen Mikroorganismen verändern den Nährboden in charakteristischer Weise. Durch Fränkels Bazillus wird er smaragdgrün, durch maligne Ödemkeime rosa bis chrysarobinrot, während der Bacillus putrificus dem Nährboden die Farbe der gewöhnlichen Bouillon gibt. Tetanus bewirkt keine Veränderung der Farbe, Typhus und Paratyphus A färben blau, Bacterium coli grün, Paratyphus B ruft zuerst eine Grünfärbung hervor, welche später in schmutzig violett umschlägt.
H. Vörner-Leipzig.

Die Toxine und Antitoxine der pyogenen Staphylokokken, von V. K. Russ-Wien. (Zschr. f. exper. Path. u. Ther., 1916, Bd. 18, H. 2.) Die wichtigsten Schlußsätze der eingehenden Arbeit lauten: Die Staphylokokken produzieren ein echtes lösliches Toxin, dessen Inkubationszeit je nach der Applikation verschieden ist. Die mikroskopischen Befunde an den Organen verendeter Tiere zeigen, daß es sich nicht um eine elektive Herzwirkung handelt, sondern um Veränderungen am Blute und den kleinen Gefäßen, die natürlich in lebenswichtigen Organen am ehesten zu schweren Folgen führen. Das in den Bakterienleibern enthaltene Gift ist mit dem löslichen Toxin identisch. Sowohl mit diesem wie mit jenen läßt sich ein Immunserum gewinnen, das antitoxische und antiinfektiöse Eigenschaften besitzt. R. Frühwald-Leipzig.

Bakteriologische Studien über den Lupus pernio und die Hautsarkoide, von Jörgen Schaumann. (Stockholm 1917, P. A. Norstedt & Söhner.) In Lymphknoten von Kranken mit Lupus pernio und Sarkoiden fand der Verf. Staphylokokken, diphtheroide und streptothrigene Mikroorganismen, denen er jedoch keine ätiologische Bedeutung beimessen kann. Tuberkelbazillen fanden sich niemals. Der Verf. ist der Ansicht, daß diese Affektionen jedenfalls nichts mit der Tuberkulose zu tun haben.
H. Vörner-Leipzig.

Über die Morphologie des Flecktyphuserregers, von Eugen Csernel. (W. kl. W., 1916, Nr. 52.) Der Verf. impft mit durch Venäpunktion gewonnenem Blute in 50 ccm 5 % Gelatine und 2 % Glyzerin enthaltende Bouillon. In der durch die abgelagerten Blutkörperchen gebildeten Bodenschicht entwickelt sich ein Bazillus in der Form von kleinen bipolaren Stäbchen und runden Kugeln. Nach einigen Wochen gehen dieselben in solche über, bei denen die Verbindung der zwei Endteile schmäler geworden ist und die Endteile selbst lang ausgezogen erscheinen. Auf Agarröhrchen überimpft, entwickeln sie wieder die erste Form. In den Läusen konnte der Verf. dieselben Formen finden. H. Vörner-Leipzig.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

4. Mai 1918 | Nr. 18 | Band 66

Prognose und moderne Behandlung der kongenitalen Syphilis[1]).

Von

Dr. Fred Wise,

Instruktor für Dermatologie und Syphilis an der Columbia University und Leiter der Derm. Poliklinik am Mt. Sinai und Beth Israel-Hospital in New York.

(Übersetzt von W. Lehmann, Stettin, z. Z. Zittau i. Sa.)

Gleich von Anfang an möchte ich betonen, daß sich die Unterlagen dieser Arbeiten hauptsächlich auf die Untersuchungen anderer gründen, die Gelegenheit gehabt haben, zahlreiche Fälle kongenitaler Syphilis zu behandeln. Diese Untersucher haben als Assistenten oder Leiter großer Kliniken hier und im Auslande Gelegenheit gehabt, Erfahrungen zu sammeln und ihre Befunde zu veröffentlichen. Sie hatten nicht nur die Möglichkeit, ihre kongenital-syphilitischen Fälle antiluetisch zu behandeln, sondern auch weiter zu verfolgen und die Wirkung der Behandlung zu beobachten, die sie auf die klinischen und serologischen Erscheinungen ihrer Patienten hatte. Meine eigenen geringen Kenntnisse in dieser Richtung stammen hauptsächlich aus dem Studium der Literatur. Obwohl ich unter dem klinischen Material, mit dem ich täglich zu tun habe, einen großen Prozentsatz Syphilitiker sehe, so stellen doch die Fälle kongenitaler Syphilis nur einen sehr kleinen Anteil dazu.

Im allgemeinen herrscht die Meinung, daß die Resultate, die mit den modernen Behandlungsmethoden bei kongenitaler Syphilis erhalten werden, nicht so gute sind wie bei erworbener Syphilis. Diese Ansicht ist in den letzten Jahren durch mikroskopische und serologische Untersuchungen bei Erbsyphilitikern noch gestützt worden. Aus der Arbeit von E. Welde (1) geht jedoch hervor, daß neuere Untersuchungen in dieser Richtung gezeigt haben, daß man bedeutend optimistischer sein kann. So z. B. wurde in früheren Jahren die Prognose nur bei an der Brust genährten Kindern für gut gehalten. Heute kann man schon sagen, daß auch künstlich ernährte Kinder gedeihen und Wohlergehen zeigen, solange die übrigen Begleitumstände günstig sind (Finkelstein).

[1]) Vortrag gehalten in der Bronx u. Med. Society am 15. März 1916. (N. Y. Med. J.)

Digitized by Google

Auch die kongenitale Syphilis hat genau wie die erworbene Syphilis von den neuen Entdeckungen in der Bakteriologie, Serologie und Behandlung der Krankheit Vorteile gezogen. Die guten Resultate, die man heute bei der Behandlung der kongenitalen Syphilis erhält, verdanken wir zum Teil diesen Entdeckungen, außerdem allerdings auch der genauen Kenntnis über die Prinzipien der Kinderernährung und der allgemeinen Pflege luetischer Kinder.

Behandlung.

Die Stigmata und Erscheinungen, an denen kongenitale Syphilis zu erkennen ist, sind oft beschrieben worden. Nach Stellung der Diagnose ist der erste Schritt, sobald wie möglich gegen die Spirochätenseptikämie vorzugehen, mit der gleichen Energie und Schnelligkeit, wie wir sie in Fällen frischer Syphilis bei alten Leuten für notwendig erachten.

Neben der spezifischen Behandlung müssen wir uns jedoch auch der Notwendigkeit bewußt sein, alle unsere Anstrengungen darauf zu richten, daß auch die Ernährungs- und andere funktionelle Störungen behoben werden, die die Kinder haben können und in der Mehrzahl der Fälle auch meist haben. Wenn irgend möglich, sollte die Mutter ihr Kind selbst nähren. Ist dies nicht durchführbar aus dem einen oder anderen Grunde, so ist (darin stimmen die meisten Autoren in Europa überein) eine Amme einzustellen, die nachweislich Syphilis gehabt hat. Diese Amme muß sich darüber im klaren sein, daß sie ein syphilitisches Kind zu säugen hat. In Fällen, wo die Mutter fraglos aktive Syphilis, aber ein Kind geboren hat, das anscheinend gesund ist, ist an die Ernährung durch die Brust der Mutter natürlich nicht zu denken. Wenn die Mutter aber entsprechende und genügende antisyphilitische Behandlung vor und während der Schwangerschaft erhalten hat und deshalb nur latent syphilitisch ist, kann man ihr gestatten, ihr Neugeborenes zu säugen. Sollte dieses aber nicht durchführbar sein, so ist eine Amme zu nehmen, die sich im gleichen Stadium der Syphilis befindet (F. Hell).

Bezüglich der an sich bekannten und häufigen Erscheinung, daß eine Frau mit aktiver Syphilis ein anscheinend gesundes Kind gebärt, ist mit Aufmerksamkeit auf die wohlbekannte Tatsache zu achten, daß ein negativer Wassermann beim Neugeborenen Syphilis nicht ohne weiteres ausschließt, und daß Wochen oder sogar Monate vergehen können, bevor sich Krankheitserscheinungen zeigen oder bevor der Wassermann positiv wird. Deshalb müssen wir in allen Fällen, in denen uns bekannt ist, daß die Mutter an Syphilis leidet oder gelitten hat, ein wachsames Auge auf ihren anscheinend gesunden Sprößling haben. Wir müssen häufige und systematische Untersuchungen der Haut und Schleimhäute

Digitized by Google

vornehmen und Blutuntersuchungen in bestimmten Zwischenräumen über eine Zeit von Monaten hinaus.

Lues hereditaria tarda wird von den meisten Autoren als das Rezidiv einer Erkrankung betrachtet, die in früher Kindheit bestanden hat, deren klinische Symptome aber mit oder ohne entsprechende Behandlung rasch wieder verschwunden sind. Als wirkliche Fälle von Lues hereditaria tarda können nur diejenigen angesehen werden, in denen das Kind während seiner ganzen Lebenszeit unter dauernder klinischer und serologischer Überwachung gewesen ist, in früher Kindheit keine klinischen oder serologischen Zeichen der Erkrankung gehabt, aber in späteren Jahren syphilitische Läsionen und einen positiven Wassermann entwickelt hat (WELDE). KAPOSI, NEUMANN, FOURNIER, HEUBNER und andere leugnen das Bestehen einer wirklichen Syphilis tarda, haben aber die Bezeichnung beibehalten für Fälle, die die ersten Symptome kongenitaler Syphilis in den späteren Kindheitsjahren aufweisen. SPRINZ ist der Meinung, daß die Mehrzahl der Fälle, die von den meisten Autoren als Syphilis tarda bezeichnet werden, die ersten Anzeichen der kongenitalen Erkrankung zwischen dem 12. Jahre und den Pubertätsjahren bekommen, und daß Fälle von Spätsyphilis nicht nach dem 3. Jahrzehnt vorkommen.

In früheren Jahren hat man den Versuch gemacht, die Kinder indirekt zu behandeln mittels der Milch der Mutter oder Amme oder mit Milch von Kühen, Ziegen usw., die Quecksilberkuren unterworfen worden waren. Dasselbe Verfahren ist auch mit Salvarsan versucht worden. TAEGE, DUHOT, NEISSER, SCHOLTZ, FREUND und andere haben dem Kinde auf indirektem Wege durch die Brustmilch der Mutter Salvarsan zugeführt. JESIONEK hat ziemlich gute Resultate dadurch erhalten, daß er den Kindern Milch von Ziegen gab, die mit Salvarsan intravenös behandelt worden waren. Immerhin waren diese Resultate ziemlich wechselnd und inkonstant. Danach wurde versucht, das Salvarsan intramuskulär zuzuführen, aber dieser Weg wurde wieder verlassen wegen der entstehenden lokalen Nekrosen. Später wurde die Technik verbessert, so daß von GALEWSKY, HERXHEIMER, SCHÖNFELD, RITTER, SCHREIBER und anderen befriedigende Resultate erhalten wurden. Trotz der Verbesserung der Technik sind jedoch noch immer Nekrosen vorgekommen. Erst seit der Einführung des Neosalvarsans sind diese Widerstände überwunden. Neosalvarsan kann intravenös gegeben werden, wenn hervortretende Venen vorhanden sind und ebensogut intramuskulär im anderen Falle.

Nach F. HELL ist die Behandlung zu beginnen, sobald die Diagnose feststeht. Dabei ist allgemeinen hygienischen Maßnahmen, besonders

Digitized by Google

der Brusternährung, die nötige Wichtigkeit beizulegen. Sublimatbäder und Kalomel innerlich sind verlassen worden, das erste wegen seiner Unwirksamkeit, das zweite wegen der eintretenden Magen-Darm-Störungen. Quecksilber wird mittels Schmierkur oder durch intraglutäale Injektion zugeführt. Die Einreibungen werden täglich gegeben, 6 Tage lang, mit Aussetzen und Ruhe am 7. Tage, und in dieser Weise 4 bis 6 Wochen durchgeführt. Graue Salbe (0,3—0,5 Gramm täglich) wird an Armen, Beinen, Brust und Rücken an aufeinander folgenden Tagen leicht eingerieben; jede Einreibung hat 5—10 Minuten zu dauern. Sublimatinjektionen sind zweimal wöchentlich zu geben in Dosen von 0,003 bis 0,005 Gramm (Sublimat 1,0, Kochsalz 10,0, destilliertes Wasser 100). Sie werden gut vertragen, auch wenn die Glutäalmuskulatur wenig entwickelt ist (M. SCHEER [2]). Salvarsan ist wegen der Gefahr der Nekrosen nicht mehr zu verwenden, darum wird nach vorhergegangener Quecksilberbehandlung Neosalvarsan wöchentlich einmal zugeführt, im ganzen 4—6 Injektionen je 0,005—0,15 Gramm in wenig destilliertem Wasser gelöst. Es wird intravenös in die Schläfenvenen oder intraglutäal eingespritzt (M. SCHEER [2]).

Die Behandlung wird mittels der Wassermannprobe kontrolliert. Es ist viel schwieriger, bei kongenitaler Syphilis einen Wassermann negativ zu machen und negativ zu erhalten als bei erworbener Syphilis. Nach einigen Monaten erhält jeder Fall eine zweite „Kur", die meisten auch eine dritte und einige wenige auch eine vierte. Wenn die Behandlung in dieser Weise gewissenhaft ausgeführt wird, sind die Aussichten für ein syphilitisches Kind weit hoffnungsvoller als mit den früheren Behandlungsmethoden.

In den letzten Jahren hat ERICH MÜLLER (3) in Berlin die Zeit, die er früher bei Kindern mit kongenitaler Syphilis für eine Behandlung für genügend hielt, noch verlängert. MÜLLER gibt jetzt 8 Neosalvarsaninjektionen abwechselnd mit intramuskulären Kalomelinjektionen. Bei Kindern von 2 Jahren und darüber macht er eine Vorbehandlung mit Einreibungen grauer Salbe, abwechselnd mit Kalomelinjektionen. Er hat die Länge der Dauer jedes Behandlungsturnus verlängert, als er es schwierig fand, einen dauernden negativen Wassermann durch die alten Behandlungsmethoden zu erreichen, da bei diesen in vielen Fällen dem negativen Wassermann gar bald ein positiver folgte. Die Absicht war, alle Spirochäten in den ersten ein oder zwei Behandlungskursen zu zerstören. Die bis in die letzten Jahre angewendeten Methoden hatten nicht diesen angestrebten idealen Erfolg. Es ist oft betont worden, wie schwierig es ist, eine dauernde negative Reaktion bei Kindern zu erhalten. Nach MÜLLERS Ansicht ist die Bedeutung des Wassermann für den Verlauf

Digitized by Google

einer Erkrankung von derselben Bedeutung bei syphilitischen Kindern wie bei der erworbenen Syphilis der Erwachsenen. Kongenitale Syphilis ist eben bis dahin einfach nicht genügend behandelt worden, um die erwünschten klinischen und serologischen Resultate zu gewährleisten. Bei Säuglingen verwendet er eine Suspension von Kalomel und Olivenöl, die er intramuskulär gibt. Das Sublimat hat er nicht wirksam gefunden, obwohl die klinischen Erscheinungen verschwanden. Die Medikation per os ist wegen der Magen- und Darmstörungen vollkommen verlassen worden.

Nach MÜLLER besteht ein einzelner Behandlungsturnus aus entweder 12 Kalomelinjektionen kombiniert mit 8 Neosalvarsaneinspritzungen oder aus einer Schmierkur von 6 Wochen Dauer, ebenfalls kombiniert mit 8 Neosalvarsaneinspritzungen. Beide Methoden brauchen eine Zeit von ungefähr 3 Monaten. Nach einer solchen „Kur" von 3 Monaten Dauer werden dem Patienten 3 Monate Ruhe gelassen und dann ein zweiter ähnlicher Turnus gegeben, dem nach einer zweiten Ruhedauer von 3 Monaten ein dritter Behandlungskursus folgt.

Nach dem zweiten Jahre werden Kalomelinjektionen und Quecksilbereinreibungen abgewechselt. Bei Säuglingen vermeidet man besser die Einreibungen wegen der Zartheit der Haut und der Kleinheit der Hautflächen, die für die Einreibung zur Verfügung stehen. MÜLLER verwendet Dosen von 0,001 Gramm Kalomel und 0,015 Gramm Neosalvarsan pro Kilogramm Körpergewicht. Ein Kind, das 4,3 kg wiegt, erhält also 0,004 Gramm Kalomel und 0,07 Gramm Neosalvarsan. Die Einspritzungen werden in den äußeren oberen Quadranten der Gesäßbacken gegeben. Neosalvarsan wird bei Säuglingen intravenös in die Kopfvenen, Beinvenen oder am besten in den Sinus longitudinalis eingespritzt. Nur in Ausnahmefällen gibt man Säuglingen Neosalvarsan intramuskulär. Bei älteren Kindern wird es gewöhnlich in die Muskeln eingespritzt, da die Venen sehr schwer erreichbar sind. Kalomel wird in einer 3—5%igen Olivenölemulsion verwendet. Die graue Salbe wird in der Weise dosiert, daß man auf 10 kg Körpergewicht 1 Gramm rechnet. Ein Kind von 20 kg Gewicht erhält also wöchentlich 6 Einreibungen mit im ganzen 2 Gramm Quecksilber. Die Einreibung der Salbe wird jeweils 20 Minuten durchgeführt.

Jeder Behandlungsturnus beginnt mit Quecksilber, nicht mit Salvarsan, um mögliche toxische Wirkungen infolge der zu schnellen Zerstörung der Spirochäten zu vermeiden. Jede Behandlung endet mit vier aufeinander folgenden Kalomeleinspritzungen oder mit 2 Wochen Quecksilbereinreibungen. Unangenehme Wirkungen für die Nieren sind nicht beobachtet worden, doch rät MÜLLER, den Urin häufig zu untersuchen. Die Kalomelinjektionen werden gut vertragen, ganz besonders bei den

Digitized by Google

an der Brust genährten Kindern. Sie sind nicht schmerzhafter als Sublimatinjektionen. Bei älteren Kindern sind Infiltrationen und kleine Abszesse häufiger; in solchen Fällen ist die Behandlung zu wechseln und Einreibung vorzunehmen: eine Woche Einreibungen an Stelle von zwei Kalomeleinspritzungen.

Die Zahl der einzelnen Kuren richtet sich nach den regelmäßigen Blutuntersuchungen. Der Wassermann wird vor und 8—10 Tage nach jeder Behandlung geprüft. Der Ausfall der Probe vor der Behandlung bestimmt die Intensität und Dauer der folgenden Behandlung. Nach dem ersten negativen Wassermann erhält jedes Kind noch zwei weitere Kuren, auch wenn die Reaktion nicht zu positiv umschlägt. Sollte die Reaktion positiv werden, so ist die Zahl der Behandlungen im Verhältnis zu steigern. Durchschnittlich erhält jedes Kind 3—5 Kuren. Bleibt die Reaktion positiv, so setzt MÜLLER die Behandlung fort, bis sie negativ wird.

Die ganze Behandlung nimmt $1\frac{1}{4}$—$1\frac{1}{2}$ Jahr in Anspruch und besteht aus 3 Kuren, jede von ungefähr 3 Monaten Dauer. Nach dem letzten 3 Monatkursus gibt er eine provozierende Neosalvarsaninjektion. Am 2. und 9. Tage danach wird die Wassermannprobe gemacht, und von deren Ausfall hängt die Frage der Weiterbehandlung ab. In Fällen mit Nervensymptomen wird die spinale Flüssigkeit untersucht. MÜLLER hat bei Kindern, deren Blut negativ war, nie einen positiven Wassermann in der Spinalflüssigkeit bekommen.

Unter Brustkindern sind einzelne plötzliche Todesfälle beobachtet worden; gewöhnlich allerdings bei Kindern, die sehr schwer erkrankt waren und die anscheinend einen plötzlichen Kollaps bekamen. Diese Todesfälle sind ebensooft in den ersten Behandlungswochen, solange nur Quecksilber verwendet wurde, beobachtet worden wie in den folgenden Wochen nach Einwirkung des Neosalvarsans. Daraus scheint hervorzugehen, daß die Medikamente nicht die Ursache des Todes waren, sondern weit eher die Toxine der Spirochäten. Wenn einmal die Anfangskur erfolgreich beendet ist, gedeihen die Kinder gewöhnlich gut ohne weitere Störungen. Zufällige andere Erkrankungen — wie z. B. Grippe — sind für die jüngeren Kinder gefährlich. Es ist beobachtet worden, daß Kinder, die in der Anfangszeit der Behandlung Symptome von seiten des Nervensystems bekamen, keine Besserung dieser Erscheinungen nach den späteren Kuren verzeichneten; einzelne von ihnen verschlimmerten sich sogar. Geistige Störungen sind deshalb schwierig zu behandeln. MÜLLER hat Fälle gesehen, wo Kinder nur leichte Nervendefekte und keine sonstigen Symptome der Erkrankung aufwiesen, Fälle, in denen die Diagnose nur nach dem positiven Wassermann gestellt wurde.

Digitized by Google

In seinen Schlußbemerkungen konstatiert MÜLLER, daß nach seiner Erfahrung die Erbsyphilis heilbar ist, vorausgesetzt, daß die Behandlung intensiv ist und genügend lange fortgesetzt wird.

SOLDIN und LESSER (4) haben in einem Berliner Krankenhaus eine Reihe von Kindern untersucht, die wegen anderer Erkrankungen als Syphilis zur Aufnahme gekommen waren. Keines dieser Kinder hatte erkennbare Zeichen früherer Syphilis. Rhinitis war nicht ausgesprochen, sehr wenig Hauterkrankungen wurden beobachtet, Kubitaldrüsen waren kaum fühlbar und ebensowenig Schwellungen der Milz und Leber. Viele Patienten zeigten überhaupt keinerlei syphilitische Manifestationen. In der Mehrzahl der Fälle war auch der Wassermann negativ, obwohl der Wassermann der Mütter in allen Fällen positiv war. Für den negativen Wassermann und den Mangel klinischer Symptome bei den Kindern wird folgende Erklärung gegeben: während des intrauterinen Lebens des Kindes gehen immunisierende Substanzen von der syphilitischen Mutter auf die Kinder über, und diese immunisierenden Stoffe verhindern eine weitere Spirochätenübertragung auf das Kind. Selbst in Fällen, in denen der Wassermann bei den Kindern positiv war, waren keine klinischen Symptome zu beobachten. Die Verfasser ziehen aus ihren Studien die Nutzanwendung, daß der Arzt beim geringsten Verdacht auf Erbsyphilis sich nicht mit einer Blutuntersuchung des Kindes allein begnügen sollte, sondern stets eine serologische Untersuchung der Mutter anordnen muß (5).

STRATHY und CAMPBELL (6) berichten „Über die Resultate der Behandlung der kongenitalen Spätsyphilis mit Salvarsan". Die Verfasser haben 18 Fälle, von denen die Mehrzahl Knochenerkrankungen hatte, mit Salvarsan behandelt. Gewöhnlich wurden die Injektionen in die Vena basilica mediana oder in die Cephalica mediana vorgenommen, in einzelnen Fällen in die Jugularis externa. Anfänglich wurde jeden Monat eine Behandlung gegeben, später wurden die Einspritzungen jede Woche oder aller zwei Wochen wiederholt. Die Blutuntersuchung wurde 48—72 Stunden nach der Injektion vorgenommen, und kein Resultat wurde als endgültig negativ angesehen, wenn nicht die Blutprobe innerhalb dieser Zeit negativ war. Die Verfasser stimmen mit MCDONAGH bezüglich der provozierenden Wirkung des Salvarsans überein. Sie geben pro Pfund Körpergewicht 1 ccm einer Salvarsanlösung von 0,6 g auf 300 ccm und 2 ccm einer Neosalvarsanlösung von 0,9 g auf 150 ccm.

Die Wirkung auf den Wassermann war nicht besonders zufriedenstellend, wenn auch immerhin vergleichbar mit der Einwirkung des Quecksilbers. Gummen, Periostitis und Ulzerationen verschwanden sehr

Digitized by Google

rasch; Keratitis heilte schneller als unter gemischter Behandlung und deshalb auch mit weniger Narbenbildung. Die Resultate waren besser als mit Quecksilber, zumal sich ungefähr die Hälfte der Fälle gegen Quecksilber resistent verhielt. Die Verfasser werden hiernach große Dosen von Salvarsan verwenden, selbst bis zur Toleranzgrenze, und die jeweilige Dosis in Zwischenräumen von weniger als 7 Tagen wiederholen. Nur in zwei Fällen wurde der Wassermann negativ, obwohl sich alle Fälle klinisch besserten. Nach ihrer Erfahrung ist die Einwirkung auf den Wassermann um so prompter, je jünger das Kind ist (7).

In einer neuerlichen Veröffentlichung bringt LA FETRA (8) eine Reihe interessanter Beobachtungen bei Erbsyphilis aus New York. Er sagt unter anderem:

Um einen Überblick über die klinischen Erscheinungsweisen von Erbsyphilis bei Kindern zu erhalten, habe ich Krankengeschichten des Bellevue-Kinderhospitals der letzten $2^1/_2$ Jahre durchgesehen. Während dieser ganzen Zeit sind alle Fälle mit verdächtigen Erscheinungen sorgfältig auf Wassermann untersucht worden. Während der Untersuchungszeit kamen 148 Fälle von Syphilis zur Aufnahme. Von diesen handelte es sich bei dreien um erworbene Syphilis, 85 hatten Erbsyphilis, aber waren unter einem Jahr alt, während die restlichen 60 Fälle hereditäre Syphilis hatten und über ein Jahr alt waren. Von diesen 60 Patienten hatten 10 keinerlei Symptome oder klinische Erscheinungen, die irgendwie für hereditäre Syphilis charakteristisch gewesen wären. Ein Kind von sechs Jahren hatte keinerlei Symptome und keinerlei abnorme Zeichen. Sie war nur in das Krankenhaus zur Behandlung geschickt worden, weil sie aus einer syphilitischen Familie stammte und der deshalb vorgenommene Wassermann stark positiv gewesen war. . . . Von den 60 Fällen waren verdächtig oder hatten verdächtige Symptome 21. . . . In keinem dieser Fälle aber waren die Erscheinungen genügend charakteristisch, um bei der Aufnahme eine positive Diagnose stellen zu können. 29 dieser 60 Fälle hatten charakteristische Zeichen hereditärer Syphilis. . . . Der wichtigste Schluß, den man aus der Beurteilung der bei Erbsyphilitischen sich findenden Symptome ziehen kann, ist der, daß eine frühzeitige Diagnose und eine dementsprechende kräftige Behandlung von größter Wichtigkeit für den Patienten ist. In zweifelhaften Fällen kann man, um die frühzeitige Diagnose zu stützen, sich auf einen Wassermann, der von einem kompetenten Untersucher mit allen Vorsichtsmaßregeln angestellt ist, fast absolut verlassen. Es ist außerordentlich selten, daß der Wassermann mit den klinischen Erscheinungen nicht übereinstimmt, und in solchen Fällen ist entweder die Zeitversäumnis schuld, die bewirkt, daß das Blut bei der Ankunft im Laboratorium antikomplementär geworden ist, oder es ist irgend etwas mit den Antigenen, die verwendet wurden, nicht in Ordnung. Je häufiger der Wassermann angestellt wird — besonders in Fällen mit nervösen Symptomen und geistigen Störungen — um so größer ist die Zahl der richtigen Diagnosen und um so größer auch unser Erfolg in der Behandlung dieser schrecklichen Krankheit.

Die Schlußbemerkungen von Dr. LA FETRA sind exakt und bedeutungsvoll.

Prognose.

Bezüglich der Prognose können wenig Leute mit mehr Autorität sprechen als der deutsche Kinderarzt FINKELSTEIN, der feststellt, daß

Digitized by Google

die ungünstige Meinung, die man bezüglich des Schicksals erbsyphilitischer Säuglinge und Kinder im allgemeinen hat, von exakten statistischen Beobachtungen und Untersuchungen keineswegs gestützt wird. Diese Kinder können nicht nur gesund werden, sondern sie können auch beim Heranwachsen sehr kräftige und nützliche Glieder der Allgemeinheit werden. Die Zahl der Schwächlinge und Anämischen ist nicht größer als unter den Kindern, die frei von Syphilis sind. Eine ähnliche optimistische Anschauung haben auch BAGINSKI, HEUBNER und andere.

Die Mortalität bei Erbsyphilis ist am höchsten während des ersten Lebensjahres und nimmt in den ersten 12 Monaten von Monat zu Monat ab. KASSOWITZ fand, daß 34% aller erbsyphilitischen Kinder während der allerersten Lebensmonate starben. WERNER berichtet, daß von 67 zur normalen Zeit geborenen Kindern 48, d. h. 72% im ersten Jahre starben. In einem Findlingsasyl in Budapest starben von 178 Kindern 80 an kongenitaler Syphilis, d. h. 46%. Für diesen hohen Prozentsatz sind zum Teil die ungünstigen äußeren Umstände, aus denen diese Kinder stammen, anzuschuldigen. Andererseits berichtet HOCHSINGER 50% Todesfälle bei 283 Kindern mit ungenitaler Syphilis; 14½% von diesen starben im ersten Lebensjahre. POTT hatte in seiner Privatpraxis 21% Todesfälle, in der poliklinischen Praxis nur 8%; aber von diesen letzteren Fällen kamen eine große Anzahl nur einmal zur Beobachtung. Er ist aber der Meinung, daß im großen und ganzen $^2/_3$ der erbsyphilitischen Kinder am Leben bleiben.

Was den Einfluß der kongenitalen Syphilis auf die Mortalität der Brustkinder anlangt, so zeigen die Statistiken von WALDVOGEL und SÜSSENGUTH, daß die Erkrankung bei Säuglingen keine größere Sterblichkeit nach sich zieht als andere Erkrankungen. 19½% ihrer Fälle von Erbsyphilis starben im ersten Lebensjahre, während 18,8% der Brustkinder im ersten Lebensjahre an anderen Erkrankungen als Syphilis zugrunde gingen. Der Unterschied ist so gering, daß er bedeutungslos ist. PEISER ist der Meinung, daß die Sterblichkeit der syphilitischen Brustkinder ebenso sehr auf Ernährungsstörungen wie auf die Syphilis selbst zurückzuführen ist.

Der Tod kann die direkte Folge der luetischen Infektion sein, er kann aber auch durch andere Erkrankungen herbeigeführt werden, die in dem geschwächten Körper der Kinder ungünstiger verlaufen. „Die Kinder sterben," sagt HEUBNER „nicht durch die Syphilis selbst, sondern an allgemeiner Körperschwäche ohne anatomisch nachweisbare Erkrankungen; eine Magenstörung oder ein Bronchialkatarrh kann zu einer tödlichen Krankheit werden." Die hauptsächlichste Todesursache ist nach MONTI Bronchitis und Lungenentzündung. Von 79 Fällen

Digitized by Google

HOCHSINGERs war bei 13 Syphilis die Todesursache, bei 17 Pneumonie, bei 7 Meningitis und bei 8 Darmerkrankungen.

J. NEUMANN fand, daß die Mortalität der Kinder 65% und die Morbidität 70% betrug, wenn die Mutter vor der Konzeption erkrankt war. Fand Infektion und Konzeption zu gleicher Zeit statt, so war die Mortalität 70 und die Morbidität 91%. Bei während der Schwangerschaft erworbener Syphilis war die Mortalität der Kinder 38,8 und die Morbidität 72%. FINGER stellte fest, daß die Mortalität der Kinder 78% und die Morbidität 100% betrug, wenn die Mutter vor dem 5. Schwangerschaftsmonat infiziert worden war. Nach ETIENNE kann die Mortalität der Kinder, die von unbehandelten syphilitischen Müttern stammen, 95% erreichen, wenn aber die Mütter in der Schwangerschaft entsprechend behandelt werden, so fällt der Prozentsatz an Todesfällen der Kinder auf 10.

Nach KASSOWITZ wird die Prognose um so günstiger, je älter das Kind zur Zeit des ersten Auftretens luetischer Erscheinungen ist. DIDAY und ROGER stellten von 172 Fällen in 92 fest, daß die ersten Symptome sich im ersten Monat entwickelten, bei 67 im 3. Monat, bei 7 im 4., bei je 1 im 5. und 6. und bei 4 nach dem 6. Lebensmonat. ROGER gründet seine Prognose auf die klinischen Erscheinungen, die das Kind bei seiner Geburt darbietet. Wird es mit Zeichen aktiver Syphilis geboren, so pflegt es seiner Erfahrung nach im allgemeinen tödlich zu enden; wird das Kind anscheinend gesund geboren und entwickelt syphilitische Erscheinungen wenige Wochen nach der Geburt, so kann eine entsprechende Behandlung es gewöhnlich wiederherstellen. Syphilitische Erkrankungen des Zentralnervensystems und der Eingeweide sind bei Neugeborenen gleichbedeutend mit frühem Tode.

Bei älteren Kindern sind die Wirkungen der kongenitalen Syphilis von zahlreichen Untersuchern studiert worden. PEISER hat eine Untersuchungsreihe von 101 Kindern veröffentlicht, deren Krankheitsgeschichte er mehrere Jahre hintereinander verfolgen konnte. Seine Schlußfolgerung ist, daß die Prognose bei älteren Kindern keineswegs so ungünstig ist wie sie im allgemeinen angesehen wird. Von 59 Kindern, die bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres unter Beobachtung gehalten worden waren, erfreuten sich 23 ausgezeichneter allgemeiner Gesundheit, 22 weniger guten Allgemeinbefindens, waren aber als gesund zu bezeichnen, und 14 waren in schlechter Verfassung. Sechs von den Kindern waren imbezill (die serologischen Untersuchungen sind nicht angegeben).

Die relative Unschädlichkeit später Erbsyphilis zeigt der Verlauf an zwei Patienten, die ich in der Abteilung von Dr. FORDYCE beobachten konnte. Das eine war ein Mäd-

Digitized by Google

chen von ungefähr 21 Jahren, das mit einer schweren Gesichtsakne zur Behandlung kam, aber sonst anscheinend vollkommen gesund war. Sie war unverheiratet. Wenn sie lachte, konnte man sehen, daß die zwei oberen Schneidezähne tief eingekerbt waren. Ihre Zähne waren so typische Hutchinson-Zähne, daß sie photographiert und das Bild Dr. Mac Kees Sammlung einverleibt wurde. Die Blutprobe ergab eine außerordentlich stark positive Reaktion. Andere syphilitische Stigmata waren nicht vorhanden. Sie weigerte sich, sich einer Behandlung zu unterziehen, und als ich sie zum letzten Male sah, waren die eingekerbten Zähne verschwunden und durch zwei wunderschöne Porzellanzähne ersetzt worden. Im zweiten Falle handelte es sich um eine verheiratete Frau, die ihre beiden Knaben wegen einer Trichophytie des Kopfes zur Poliklinik brachte. Ganz zufällig wurde konstatiert, daß sie ebenfalls ein Paar typische Hutchinson-Zähne hatte. Sie erklärte aber, vollkommen gesund zu sein und sah auch so aus. Sie hatte keine Aborte durchgemacht. Der Wassermann war stark positiv. Das Blut der Kinder war negativ, die Kinder selbst gesund. Auch diese Frau ließ sich, so seltsam es klingt, einen ihrer Schneidezähne durch einen Goldzahn ersetzen, und sie berichtete mir kürzlich, daß sie sich zur Zeit das Geld spare, um auch den zweiten Zahn ersetzen zu können.

Einen sehr lehrreichen Artikel über das Thema: „Syphilisvererbbarkeit und kongenitale Syphilis" hat kürzlich Boardman (9) aus Boston geschrieben, aus dem ich folgende Sätze anzuführen mir erlaube:

Nach den Erfahrungen Engel-Reimers starben so ziemlich alle Kinder, die in den ersten vier Lebenswochen syphilitische Symptome zeigten; von denen, die solche Symptome im zweiten Monat entwickelten, starben $^2/_3$ und ungefähr die Hälfte von denen, die im dritten Monat erkrankten. Nur ungefähr 28% aller erbsyphilitischen Kinder überleben das erste Jahr. Was die Wassermannreaktion beim Neugeborenen anlangt, so geht aus den Statistiken von Müller hervor, daß der Wassermann bei Kindern mit aktiven Symptomen fast immer positiv ist und die einzige Ausnahme nur die Kinder darstellen, die sofort an der Krankheit zugrunde gehen und gewissermaßen gleich, d. h. in ein oder zwei Tagen sterben. Kinder, die anscheinend gesund zur Welt kommen, aber von syphilitischen Müttern stammen, die klinische Zeichen der Erkrankung oder positive Reaktion haben, haben in ungefähr 40% der Fälle positiven Wassermann. Aber bei einer weit größeren Anzahl wird die Reaktion positiv in einigen Wochen oder Monaten, meist mit dem gleichzeitigen Auftreten syphilitischer Erscheinungen. Der Wassermann ist häufiger positiv bei Kindern, die von Müttern mit aktiver Syphilis während der Schwangerschaft stammen, als bei Kindern latent syphilitischer Mütter. Doch ist der Unterschied unerheblich. Kinder von Müttern, die Syphilis gehabt haben, aber zur Zeit der Schwangerschaft negative Reaktion zeigten, haben in nur 12,5% der Fälle positive Reaktion, eine Zahl, die sich etwas erhöht mit dem zunehmenden Alter der Kinder und der Entwicklung aktiver syphilitischer Erscheinungen.

Die Zahl der Reaktionen, die ohne Entwicklung manifester Syphilis negativ bleiben, läßt die Annahme zu, daß diese Fälle Ausnahmen von Profetas Gesetz sind, daß das gesund geborene Kind einer syphilitischen Mutter nie Syphilis erwerben könne, obwohl dieser Satz nicht aufrechtzuerhalten ist, wenn man das Kind während seiner weiteren Lebensjahre verfolgt. Mit anderen Worten heißt das, das Kind einer syphilitischen Mutter ist stets syphilitisch. Bertha Sabin hat im letzten Jahre (1913) eine sehr sorgfältige Arbeit über diesen Punkt geschrieben. Sie schlußfolgert, daß, wenn die Mutter zur Zeit der Schwängerung Syphilis hat oder diese in den ersten fünf Monaten der Schwangerschaft erwirbt, das Kind unter allen Umständen syphilitisch ist;

Digitized by Google

im sechsten Monat ist dies nur wahrscheinlich; nach dem sechsten Monat ist es selten, aber es gibt Ausnahmefälle von Erkrankung des Kindes, auch wenn die Mutter noch später erkrankt ist. Diese späten postkonzeptionellen Fälle sind darum die einzige Ausnahme von Profetas Gesetz, und alle anderen Kinder haben eine latente kongenitale Syphilis, auch wenn kein Zeichen der Erkrankung auftritt und der Wassermann Monate hindurch dauernd negativ bleibt. Im klinischen Sinne sind darum praktisch die einzigen Ausnahmen die postkonzeptionellen Fälle. Wir müssen deshalb in solchen Fällen den Wassermann beim Kinde vornehmen und außerdem die Plazenta und die Nabelschnur untersuchen, wenn das Kind frei von Syphilis erscheint (Poppi). Dadurch läßt sich Syphilis in einem großen Prozentsatz der Fälle nachweisen; gelingt dies nicht, und der Fall ist einer der späten postkonzeptionellen Syphilisfälle, so sollte das Kind nicht an die Brust genommen werden, da eine Ansteckung von der Brust aus in solchen Fällen nicht allzu selten ist. Werden die Wassermannproben im späteren Leben der syphilitischen Kinder fortgesetzt, so kann nach den Erfahrungen von Churchill, Kellner und anderen der Wassermann nach vier bis fünf Jahren verschwinden, trotz des Fortbestehens ausgesprochener syphilitischer Stigmata, pflegt aber in fast allen Fällen wieder aufzutreten mit der Entwicklung aktiver syphilitischer Erscheinungen.

Viele Verfasser legen großen Wert auf die histologischen und bakteriologischen Untersuchungen von Plazenta und Nabelschnur. Wersilova hat in 62,5% der Fälle und Grafenburg in 50% Spirochäten im Mutterkuchen oder der Nabelschnur gefunden.

Ernst Welde (10) berichtet, daß von 1902 bis einschließlich 1910 100 Fälle von Erbsyphilis in der Berliner Charité und 296 Fälle in der Poliklinik behandelt worden sind. Da es sich als unmöglich herausstellte, sämtliche 396 Fälle weiter zu verfolgen, hat sich Welde auf die Endresultate von 100 Fällen — beobachtet in den Jahren 1902—1904 und 1908 — beschränkt. Trotz der Hilfe der Polizei gelang es Welde nur in 68% aller Fälle, die Adressen ausfindig zu machen, und von diesen waren 41% tot, 27% konnten zur Nachuntersuchung bestellt werden, während 32% auf die Anfrage nicht antworteten.

Eine zweite Untersuchungsreihe umfaßt 200 Fälle, 100 aus der Klinik und 100 aus der Poliklinik. Die Sterblichkeit betrug 74% von den klinischen Patienten und 30% der Fälle, die in der Poliklinik behandelt worden waren. Diese Statistiken gelten aber nur für Krankenhausfälle, nicht für die Erbsyphilis im allgemeinen. Wenn es möglich wäre, die Fälle der Privatpraxis zu verfolgen, so würde der Prozentsatz an Mortalität erheblich herabzusetzen sein. Die geringe Zahl an Todesfällen unter den poliklinischen Patienten im Vergleiche zu dem hohen Prozentsatz der klinischen Fälle erklärt sich daraus, daß nur schwere Fälle in die Klinik zur Aufnahme gelangen. Armut mit ihren ungünstigen Nebenerscheinungen, schwächlicher Körperkonstitution und schweren Infektionen trägt mit dazu bei, den Prozentsatz auf 74 anschwellen zu lassen. Die 30% Mortalität unter den poliklinischen Fällen waren unnötig hoch, da viele Fälle nur einmal in der Poliklinik vor-

Digitized by Google

gestellt worden sind. Wenn die Eltern, anstatt sich mit Feststellung des Sachverhaltes zu begnügen, ihre Kinder zur fortlaufenden Behandlung wiedergebracht hätten, würden ganz zweifellos viele vom Tode gerettet worden sein.

Interessant sind die Ausführungen Weldes über die Beziehungen zwischen Prognose und der Zeit des ersten Auftretens syphilitischer Erscheinungen. Nach seinem Berichte starben 35% der Kinder, die bei der Geburt Zeichen klinischer Syphilis aufwiesen, 42% derer, die syphilitische Symptome in den ersten Lebenswochen entwickelten, aber nur 1% von denen, die erst im 6. Lebensmonat oder später erkrankten.

Eine vierte Zusammenstellung zeigt den Wert der Brusternährung sehr deutlich. Nur 20% der Brustkinder starben, während die Mortalität der künstlich ernährten Kinder 42% betrug. Besonders deutlich zeigte sich die gute Einwirkung der Ernährung mit Muttermilch in der geringeren Mortalität von 31% der Kinder, die Brusternährung wenigstens für kurze Zeit erhalten hatten.

In einer weiteren Zusammenstellung zeigt Welde die Einwirkung der Behandlung und zieht daraus verschiedene Schlußfolgerungen. Aus seinen Zahlen scheint hervorzugehen, daß die Sterblichkeit weniger von der Art des Medikaments oder der Methode der Behandlung abhängt als von der Energie und Intensität, mit der die Behandlung durchgeführt wurde. Die höchste Zahl an Todesfällen zeigten die Kranken, die die wenigste Behandlung erhalten hatten. Bei der genauen Untersuchung dieser Tatsache fand Welde, daß in der Klinik die schwersten Fälle die wenigste Behandlung erfahren hatten, während das Umgekehrte auf die poliklinischen Fälle zutraf. Bei den klinischen Fällen trat infolge der Schwere der Infektion und der geringen Lebensfähigkeit der Tod ein, bevor es möglich war, eine genügende Behandlung durchzuführen, ganz gleich, welche Methoden angewendet wurden, und unter den poliklinischen Fällen war es der außerordentlich milde Verlauf, der zur Vernachlässigung führte. Es ließ sich nach Welde zahlenmäßig nachweisen, daß von 296 poliklinischen Patienten 114 nur einmal vorgestellt wurden und nie wiederkamen. Er ist der Meinung, daß die Hälfte der Patienten heute noch syphilitisch ist, wenn überhaupt noch am Leben.

An 36 Patienten wurden Untersuchungen hinsichtlich der Heilung und des Fortbestehens der Erkrankung durchgeführt. Als geheilt sieht Welde nur die Fälle an, die weder klinische Zeichen noch einen positiven Wassermann haben. 27 betrachtet er als noch syphilitisch und nur 9 als geheilt. Gegenüber dem Einwurf, daß der negative Wassermann kein absolut sicherer Beweis einer Heilung ist und andererseits bei Erbsyphilis außerordentlich langsam zu verschwinden pflegt, selbst nach

Digitized by Google

mehr als ausreichender Behandlung, erkennt WELDE die Berechtigung des Einwurfes an, ist aber der Meinung, daß wir, solange wir keine Erklärung für die Reaktion haben, ein positives Resultat als Zeichen noch bestehender Syphilis betrachten müssen. Wenn auch nur 9 Fälle als geheilt zu betrachten waren, so genügt doch selbst diese kleine Zahl, um zu zeigen, daß eine Heilung nicht unmöglich ist.

WELDE (1) zieht die Schlußfolgerung, daß aus alledem die Notwendigkeit einer offiziellen Überwachung aller Fälle von Erbsyphilis sowohl in poliklinischer wie Privatpraxis hervorgeht.

Literatur.

1. WELDE, E., Die Prognose und Therapie der Lues congenita, Ergeb. d. inner. Med., 1914, S. 465. — 2. SCHEER, M., Journ. Cutan. Dis., November 1915, S. 777 (Ref.). — 3. MÜLLER, E., Zur Therapie der angeborenen Syphilis, nebst einigen klinischen Bemerkungen. B. kl. W., 4. Okt. 1915. — 4. SOLDIN und LESSER, Zur Kenntnis der kongenitalen Syphilis der Säuglinge, D. m. W., 1915, S. 429. — 5. SOLDIN und LESSER, Recognition of congenital syphilis in infants, ibid., 26. Febr. 1915 (ref. im Journ. Cutan. Dis., 7. Juli 1915, S. 544). — 6. STRATHY und CAMPBELL, Amer. Journ. Dis. Children, 2. August 1910. — 7. STRATHY und CAMPBELL, Journ. Cutan. Dis., 1914, Nr. 4 (Ref.). — 8. LA FETRA, Hereditäre Syphilis bei Kindern, N. Y. State Journ. of Med., 3. März 1916, S. 125. — 9. BOARDMAN, Syphilitic Heredity and Congenital Syphilis. Journ. Cutan. Dis., 1914, Nr. 8, S. 445. — 10. WELDE, Zeitschrift für Kinderheilkunde, 15. Mai 1913, S. 451. — 11. WELDE, Journ. Cutan. Dis., 1914, S. 58 (Ref.). — 12. HELL, Dermat. Wochenschrift, 14. August 1915. [Vollständige Zusammenstellung der Literatur findet sich in WELDES Artikel über Prognose und Therapie des Lues congenitalis, Nr. 1.]

Hautkrankheiten bei farbigen Rassen.

Beiträge aus den deutschen Schutzgebieten.

Von

Dr. GUSTAV HEIM in Bonn.

(Schluß.)

Im Bericht für 1905/06 über Herberthöhe auf Deutsch-Neu-Guinea, wo Unterschenkelgeschwüre bei Weißen und Farbigen sehr häufig sind, unterscheidet der Berichterstatter, der Regierungsarzt Dr. WENDLAND, 4 Klassen. Zunächst das echte chronische Unterschenkelgeschwür, das sich auf Grund alter Narben entwickelt. Man sieht nicht selten Farbige mit ausgedehnten, meist pigmentlosen, fest mit der Knochenhaut verwachsenen Narben am Unterschenkel. Durch irgend einen Insult bricht die Narbe auf, und es entsteht ein Geschwür, das schwer heilt. THIERSCHsche Transplantationen sind nach WENDLAND

Digitized by Google

bei Farbigen erfolglos, weil diese beim Fehlen von Schmerz nicht zu mehrtägiger ruhiger Bettlage zu bewegen seien und z. B. höchst ungern Stechbecken benützten, wenn sie zum Abort zu gehen vermöchten. Rezidive seien häufig.

An zweiter Stelle nennt Wendland Unterschenkelgeschwüre auf wahrscheinlich syphilitischer Basis, wie sie Fisch von der Goldküste beschreibe. Sie seien seltener als die vorigen:

„Die Haut der Unterschenkel ist meist mit vielen alten Narben bedeckt. Dazwischen sieht man etwa linsen- bis erbsengroße Erhabenheiten der Haut, die sich rosa verfärbt und allmählich ganz dünn wird. Dann fühlt man diese Stellen weich werden, auf Druck oder nach einem kleinen Einschnitt entleert sich eine gelbliche, gallertige Masse. Wartet man ab, bricht die Haut von selbst auf, und es entstehen multiple, kleine gezackte Geschwüre mit erhabenem Rand, deren Grund mit einer Borke bedeckt ist. In diesem Zustand kommen die Kranken in der Regel zur Aufnahme."

Hier sei Jodkali am Platze; die Heilung verzögere sich durch häufige Nachschübe, und Rezidive seien nicht selten.

Die dritte Art ist nach Wendland das durch „Buschmucker", eine Milbenart (Trombidium), verursachte Geschwür, das stets multipel auftrete. Es entstehe meist bei Leuten, die Busch-Expeditionen mitgemacht hätten, und könne durch Einreibung von Perubalsam verhütet werden. Die Heilung sei langwierig; bei Europäern blieben bräunliche flächenförmige Narben zurück.

Die bei weitem häufigste Art der in Herberthöhe vorkommenden Beingeschwüre ist jedoch nach diesem Berichterstatter das durch irgend eine, meist nicht mehr nachweisbare Verletzung entstandene Fuß- oder Unterschenkelgeschwür:

„Es liegt auf der Hand, daß die nur mit einem Lendentuch bekleideten Arbeiter besonders oft Insulten der unteren Extremitäten ausgesetzt sind, die sich durch Unreinlichkeit oder Infektion durch Insekten (Fliegen) verschlimmern und zur Entstehung von Geschwüren Anlaß geben. Sehr oft kommen ausgedehnte und stark vernachlässigte, übelriechende Geschwüre von torpidem Charakter in Behandlung, deren Heilung zwei bis drei Monate in Anspruch nimmt."

Im Bezirk Rabaul desselben Schutzgebietes, der von Europäern, Chinesen, Japanern, Malaien, Manilas, Samoanern, Fiji-Insulanern, Mikro- und Melanesiern und Bastarden bewohnt wird, sind unter den Krankheiten, die vor allem außerordentlich viele Opfer fordern, an erster Stelle genannt: brandige Beingeschwüre (oft Gasphlegmone).

Bei den Kanaken in Neu-Pommern stand das Unterschenkelgeschwür an der Spitze der Hautkrankheiten und trug häufig einen recht bösartigen Charakter. H. E. Kersten schreibt darüber:

„Wohl alle Kanaken haben einmal daran zu leiden gehabt. So trifft man häufig Leute, die Verstümmelungen (Verlust einer oder mehrerer Zehen usw.) dadurch erlitten

Digitized by Google

haben. Nicht selten führt es, wie die hiesige Erfahrung gelehrt hat, zu tödlichem Ausgang, ein hoher Prozentsatz der in der Geburtenstatistik registrierten Kinder ist scheinbar an diesen ‚Wunden und ihren Folgen' zugrunde gegangen. Und das ist nicht weiter verwunderlich, die Kinder ziehen sich ihre Geschwüre, so bald sie laufen gelernt haben, zu. So ist vielleicht auch die große Sterblichkeit gerade der älteren Kinder zu erklären"[1]).

SIEBERT begegnete dem Ulcus tropicum, das in tiefen diphtheritisch belegten, markstück- bis talergroßen infektiösen Ulzerationen an den Füßen und an der unteren Hälfte des Unterschenkels bestehe, bei seiner Forschungsreise auf Neu-Mecklenburg nur in einem Falle, während in Java und Sumatra die Pflanzungshospitäler mit derartigen Erkrankungen, die allerdings bei geeigneter Behandlung bald abheilten, oftmals überfüllt seien (a. a. O. S. 208).

In Deutsch-Neu-Guinea stand auch noch im letzten Berichtsjahr, nämlich 1911/12, das Unterschenkelgeschwür an Zahl allen anderen behandelten Krankheiten der äußeren Bedeckungen voran. Unter den angeworbenen Arbeitern kamen besonders schwere Fälle selten vor wegen rechtzeitiger Behandlung, bei Neuanwerbungen jedoch wurden Fälle schwerster Art beobachtet. Die Therapie war die gleiche geblieben. Scharfer Löffel, Schere, Bäder brachten in wenigen Tagen völlige Reinigung des Grundes. Jodoform, Jodtinktur, Kampferwein taten weiter gute Dienste. Frambösische Fälle wurden geschmiert, erhielten Jodkali. Unter dieser Behandlung heilten die meisten Fälle in 8 Tagen bis 8 Wochen. Bisweilen wurde Transplantation nötig.

Auf den Westkarolinen, wo 1904/05 die Geschwürkranken wieder sehr zahlreich zur Behandlung kamen und den größten Teil der Arbeitszeit zu ihrer Versorgung wegnahmen, saßen die Geschwüre, die nicht frambösischer oder syphilitischer Herkunft waren, fast ausschließlich an den Beinen. BORN, der dies mitteilt, sah 2 Jahre später eine eigentümliche von ihm bisher noch nicht beobachtete Krankheit bei 2 Männern von etwa 40 Jahren:

„Es handelte sich beidemal um ein Leiden der Fußsohlenhaut, die wie mit einem Locheisen ausgestanzte, runde, markstückgroße Löcher aufwies. Diese atonischen Lochgeschwüre veränderten in Monaten absolut nicht ihre Größe und Form. Ich versuchte, sie zu umschneiden und zu exzidieren, erzielte aber nur, daß ich die Löcher um die gesetzte Wunde vergrößerte. Die Löcher gingen durch die ganze Dicke der Haut bis auf das Zellgewebe und waren nicht sehr schmerzhaft. Keine innerliche, keine chirurgische Therapie half. Zeichen von Lepra oder Tabes waren in beiden Fällen nicht vorhanden."

Möglicherweise handelte es sich hierbei um dieselben „isolierten Sohlengeschwüre", von denen BORN später, nämlich im Bericht für

[1]) Zur Frage des Bevölkerungsrückganges in Neu-Pommern (Deutsch-Neu-Guinea). Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg.

Digitized by Google

1910/11 als Regierungsarzt von Jaluit (Marschallinseln) spricht, die auf den Karolinen und auch auf Jaluit sehr verbreitet seien und die er für frambösische Produkte hält. Buse hält, gegenüber den sehr häufigen syphilitischen Geschwüren, einfache Unterschenkelgeschwüre auf Jap (Westkarolinen) für selten (1907/8, S. 458).

Sandfloh — Kopflaus.

Zellgewebsentzündungen an Zehen und Fußsohlen konnte Glatzel bei den Farbigen des Sewa-Hadji-Hospitals in Daressalâm sehr oft auf vernachlässigte Sandflohwunden zurückführen. Die Sandflöhe, in Deutsch-Ostafrika, Kamerun und Togo eine große Plage, bohren sich durch die Epidermis in das Unterhautzellgewebe ein und verursachen zunächst nur eine etwa erbsengroße, stark juckende umschriebene Zellgewebsentzündung; unter der Haut sind sie als schwarze Pünktchen mit bloßem Auge eben noch sichtbar. Sie sind daher meist leicht zu entfernen, was die Eingeborenen denn auch mit Geschick besorgen. Die Suaheli in Deutsch-Ostafrika heben die Sandflöhe mit kleinen zugespitzten Holzstäbchen sorgfältig heraus, nachdem die Eingangspforte in der Haut sorgfältig erweitert worden ist[1]). Unter den Europäern herrscht die Ansicht, daß gegen Sandflöhe die Eingeborenen allein Spezialisten seien. Es ist dann manchmal nicht zu verwundern, daß sich im Anschluß an solche Entfernungsversuche mit schmutzigen Händen und Nadeln schwere Zellgewebsentzündungen entwickeln. Die Europäer werden nämlich gar nicht selten von den Parasiten heimgesucht, da diese nicht nur bloße Füße befallen, sondern auch durch die Strümpfe der Halbschuhträger dringen[2]).

Nicht immer ist die Beseitigung der Tiere so einfach. Skrodzki aus Tabora berichtete 1903/04 über einen Gefangenen, dem in zwei Narkosen insgesamt, außer vielen zweifelhaften, 161 vollständig erhaltene Sandflöhe nebst ausgedehnten Hautlappen, deren Kutis teils durch sie siebartig durchlöchert und teils durch Konfluenz alter Sandflohgeschwüre weithin zerstört war, und nebst mehreren zugehörigen Zehnägeln entfernt wurden. Schon bald waren die Wundflächen größtenteils übernarbt. Obschon der blinde Kranke die Parasiten zwei Monate lang an den Füßen sich entwickeln ließ, hatten nur seine beiden Schlafraumgenossen einen und zwei Sandflöhe erworben. Durch gründliche Desinfektion des Schlafraums und Vernichtung der Matten, Lappen usw. wurde der Weiterverbreitung vorgebeugt. Aus Kamerun wird 1909/10 geschrieben, die

[1]) Peiper, Der Suaheli-Arzt. Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1910, Heft 18. — [2]) Glatzel a. a. O.

Digitized by Google

Häufigkeit der Verstümmelung von Gliedmaßen, hervorgerufen durch Sandflohwunden, spotte jeder Beschreibung. Andererseits waren 1907/08 in Deutsch-Ostafrika die bei weitem meisten Fälle so geringfügig, daß sie weder poliklinisch noch als lazarettkrank geführt wurden. Der Floh wurde entfernt, und der Patient ging der Arbeit wieder nach, ohne wiederzukommen. Freilich kam auch Zellgewebsentzündung mit größerem Zerfall vor.

Vorzügliche Dienste leistete hier die Jodtinktur. Häufig wurden die Sandflöhe nicht entfernt, sondern 3—4 Tage nacheinander die befallenen Stellen mit Jodtinktur bepinselt. Die Flöhe starben und fielen nach und nach mit der umliegenden vertrockneten Haut ab. Nach GLATZEL bringt Abheben der Oberhaut mit reiner Lanzette und Herausspülen des Flohes samt Eiern mit Sublimatlösung oder dgl. in wenigen Tagen Heilung.

Auch bei den Farbigen der Kameruner Schutztruppe wurden die Zellgewebsentzündungen am Fuß häufig durch Sandflöhe verursacht, die in der trockenen Zeit in großen Mengen auftreten. —

In Viktoria in Kamerun wurden 1907/08 sehr häufig Kopfläuse bei Eingeborenen festgestellt; auch im Bezirk Lome in Togo und auf der Station Nauru (Marschallinseln) wurden damals bei Farbigen Läuse gefunden.

Skabies („Kaskas").

Eine Krankheit, der man beim Durchblättern der Medizinalberichte über die deutschen Schutzgebiete auffallend oft begegnet, ist die Krätze. Besonders aus verschiedenen Teilen von Deutsch-Neu-Guinea wird ihre Häufigkeit hervorgehoben; sie gehört dort zu den unter den Farbigen am meisten verbreiteten Hautkrankheiten. So waren 1903/04 in Herberthöhe unter 996 Zugängen von Farbigen 73 Fälle = 7,5%[1]). Fast genau ebenso hoch war 1910/11 ihr Prozentsatz in Ponape auf den Ostkarolinen, indem dort von 2374 behandelten Farbigen 176 an Krätze litten. Auf Samoa sah man sie bei Europäern, Samoanern und Chinesen. Auch in Krankenlisten von Deutsch-Ostafrika[2]) und Kamerun ist sie aufgeführt, und aus Togo wird aus den Bezirken Lome und Anecho ihre Häufigkeit bei den Farbigen gemeldet.

Natürlich drängt sich die Frage auf, ob es dieselbe Krätze sei

[1]) 1905/06 litten auf der Station Herberthöhe von 999 kranken Farbigen 41, von 263 kranken Europäern nur einer an Krätze. — [2]) Im Bezirk Muansa wurde monatliche Besichtigung der Schüler der Eingeborenenschule angeordnet, da sie oft an venerischen Krankheiten und Krätze litten. Die dortigen Kettengefangenen wurden wegen der bei ihnen häufigen Krätze jeden Samstag untersucht.

Digitized by Google

wie in Europa; wir fragen nach den Milben. Von diesen habe ich jedoch in den Medizinalberichten nichts gefunden. Das fiel mir auf, und der Zweifel an der Identität steigerte sich durch die Bemerkung im Bericht von 1910/11 über Deutsch-Neu-Guinea, daß dort Krätze „ohne Milbenbefund" sehr häufig sei, und eine andere im Bericht dieses Schutzgebiets für 1911/12, wo von „Südseekrätze (Kaskas)" gesprochen wird. Demgemäß müßte man glauben, daß in der Südsee eine besondere Art von Krätze bestehe, bei der keine Milben vorhanden seien und die man Kaskas nenne. Andere halten jedoch Kaskas für eine Krankheit sui generis, und es werden in Deutsch-Neu-Guinea auch andere Hautkrankheiten, Ekzeme und Geschwüre so benannt. Nach Hoffmann kommt sie sowohl in Verbindung mit Skabies wie auch allein vor. Er macht zwischen beiden folgenden Unterschied:

„Während Skabies in der bekannten Form auftritt — nur pflegt der Juckreiz infolge Fehlens der erwärmenden Kleidung beim Farbigen geringer zu sein —, handelt es sich bei Kaskas um erbsen- bis wallnußgroße, zum Teil konfluierende warzenförmige Granulationen, ähnlich der Frambösie, die durch Verunreinigung dann häufig geschwürig werden. Mit Vorliebe tritt das Leiden an den Extremitäten und den Genitalien auf, verbreitet sich aber auch häufig über den ganzen Körper, verschont dagegen im Gegensatz zur Frambösie stets Gesicht und Kopf. Therapeutisch leisten Sublimatwaschungen, Bäder mit grüner Seife, Ätzungen und Einreibungen mit Perubalsam cum Styrax et ol. olivar. gute Dienste[1])."

Die Wirksamkeit von Perubalsam und Styrax bei Kaskas hebt Hoffmann auch in späteren Jahrgängen hervor, und Siebert, der bei der schon erwähnten Neisserschen Expedition auf Neu-Mecklenburg diese auch dort sehr weit verbreitete Dermatose kennen lernte, meint, daß man wegen der Wirksamkeit der antiskabiösen Mittel sie als Skabies ansprechen könnte. Zudem ist er im Gegensatz zu Hoffmann der Meinung, daß dieser auch das ganze Krankheitsbild der Kaskas gleiche:

„Die Fingerfalten, Hände, vorderen und hinteren Achselfalten, Genitalien sind die Prädilektionsstellen dieser stark juckenden, zahlreich Kratzeffekte aufweisenden, sicher infektiösen Hautkrankheit."

Die zahlreich an den befallenen Stellen, vornehmlich an Händen und Unterschenkeln aufschließenden schlaffen Eiterblasen, wie wir sie bei den sogenannten Pyodermien, den oberflächlichen Staphylokokkeninfektionen der Haut zu sehen gewöhnt seien, hält Siebert für ein akzessorisches, durch sekundäre Infektion der Kratzeffekte herbeigeführtes Symptom. Auch von den Ärzten auf Java werde die Krankheit als Skabies angesehen. An der Diagnose Skabies fehlten nur die Milben. Diese hat er in Batavia, obgleich von vornherein von dem dort viele Jahre an-

[1]) Med.-Ber. f. 1903/04, S. 248 u. 249.

Digitized by Google

sässigen Kollegen KAJSER auf die Vergeblichkeit des Bemühens aufmerksam gemacht, trotz redlicher Mühe niemals finden können. Um so mehr erregte es Verwunderung, als es NEISSER dort in einem Falle einer derartigen Erkrankung gelang, eine Milbe zu finden. Das beweist zwar noch nicht die Identität beider Krankheiten; denn sie könnten ja nebeneinander vorkommen. OTTO DEMPWOLFF will in Neu-Guinea wiederholt Krätzmilben gefunden haben. Ob die dunkle Hautfarbe das Aufsuchen der Gänge und Milben erschwere, sei dahingestellt.

Die Meinung, daß es sich um eine Infektionskrankheit handle, spricht auch WENDLAND in Herberthöhe aus:

„Von den 51 Zugängen an Krätze kamen nicht weniger als 30 von der Station Simpsonhafen. In Herberthöhe selbst kommt unter den dem Gouvernement unterstellten Farbigen diese Krankheit jetzt nur vereinzelt vor. Die Infektion ist dann meist auswärts auf Expeditionen erfolgt. Besonders die neu eingestellten Leute bringen immer wieder frisches Infektionsmaterial mit. Auch die von Ostafrika zurückgekehrten Leute litten bei ihrer Ankunft hier sehr stark an Krätze. Die regelmäßigen Desinfektionen der Schlafdecken und der Lendentücher sämtlicher Soldaten und Arbeiter haben zweifellos auch viel zur Verminderung dieser und anderer Hautkrankheiten beigetragen[1])."

Von den 351 Männern, die SIEBERT, wie schon früher erwähnt, in Neu-Mecklenburg untersuchte, waren 36 = 10% mit dieser Krätze behaftet. Diese Leute lebten frei in ihren Dörfern. Bei den Plantagenarbeitern, die in gemeinsamen großen Schlafräumen hausen, dürfte nach seiner Ansicht die Zahl noch größer sein. Denn auch in Java hatte er eine besondere Häufigkeit in Gefängnissen gefunden, wo die Gefangenen zu 50—60 in gemeinsamen, nicht allzu geräumigen Behausungen untergebracht waren. Hier wurde er noch darauf aufmerksam gemacht, daß die Gefangenen sich selbst mit spitzen Bambusstäbchen gegenseitig die Krankheit übertragen, um ins Gefängnishospital zu kommen, wo sie bessere Verpflegung und größere Freiheit hätten[2]).

Das Leiden soll leicht rückfällig werden. LIESEGANG glaubt an die Möglichkeit, daß diese anscheinenden Rückfälle eine neue Ansteckung vorstellen; der geheilte Mann habe stets Gelegenheit, mit Kranken in Berührung zu kommen und sich neu anzustecken. Bei der größten Sorgfalt sei es nicht denkbar, der Sache Herr zu werden; es müßten denn Untersuchungen, Isolierungen, Desinfektionen der Geräte usw. vorgenommen werden, die stark störend für die Betriebe wären. Nicht selten ziehen nach WENDLAND durch Kratzen entstandene Geschwüre die Heilung in die Länge, und SIEBERT meint, daß die schon von ihm erwähnten oberflächlichen eitrigen Hautinfektionen doch manchmal zu tieferen abszedierenden und phlegmonösen Prozessen führten. In Käwieng

[1]) Med.-Ber. 1906/07, S. 209. — [2]) SIEBERT a. a. O., S. 206.

Digitized by Google

(Deutsch-Neu-Guinea), wo die Krätze bei den Farbigen unter den Hautkrankheiten am meisten und am lästigsten hervortrat, war sie eine der häufigsten Ursachen für Furunkel, Phlegmonen, Sehnenscheidenentzündungen usw., zumal da die Einlieferung fast ausnahmslos erst dann geschah, wenn die Leute von der Krankheit starrten oder durch das fortwährende Kratzen mit den unglaublich unsauberen Händen sich bereits eine jener sekundären Infektionen zugezogen hatten[1]). Liesegang berichtet im Jahresbericht für 1911/12 noch über zwei neue Mittel, Peruglykol und Ristin, die zuerst erprobt wurden. Heilenden Einfluß hätten beide Mittel; den Vorzug möchte er vorläufig dem Ristin geben:

„Nach zwei bis drei Einreibungen ist der Prozeß meist abgelaufen; nur die geschwürigen Stellen bedürfen noch der Behandlung mit Zinkpasta oder sonstigen Mitteln. Auch sie vernarben in kurzer Zeit. Wenn die Erfolge sich weiter so günstig bestätigen sollten, wird das Mittel an den ersten Platz gestellt werden können. Es hat den weiteren Vorzug der Geruch- und Farblosigkeit."

Kro-Kro.

Krankheiten der äußeren Bedeckungen unter diesem Namen fand ich ohne weitere Erläuterung wiederholt angeführt bei den Farbigen Kameruns. Es scheint kein einheitliches Krankheitsbild darunter verstanden zu werden. Im Generalsanitätsbericht über die kaiserliche Schutztruppe in Kamerun für das Jahr 1902/03 (Med.-Ber. f. 1905/06, S. 406) schreibt Heuermann:

„Kro-Kro ist kein Begriff für eine einheitliche Erkrankung. Ich kann nicht angeben, was die Diagnosesteller mit dieser Bezeichnung gemeint haben. Im allgemeinen bezeichnet der Neger die meisten Hauterkrankungen mit Kro-Kro, was unserem Wort Hautausschlag entspricht."

Auch im nächsten Bericht über die farbige Kameruner Schutztruppe wird bemerkt, daß unter der sehr häufig vertretenen Diagnose Kro-Kro kein einheitliches Krankheitsbild zu begreifen sei, während nach dem Bericht für 1905/06[2]) „ein spezifisch tropischer Ausschlag", der unter den Hautkrankheiten die erste Stelle einnehme, als Kro-Kro bezeichnet wird. Bei den Farbigen anderer Schutzgebiete habe ich dieses Wort nie erwähnt gefunden und bei Europäern überhaupt nicht. Das widerspricht der Anschauung von Albert Plehn, der unter diesem Namen eine oberflächlich ulzerierende Krankheit der Unterschenkel versteht, die fast ausschließlich Europäer befalle. Vielleicht gilt diese Benennung für andere Teile Westafrikas. Kurz vorher äußert Plehn eine abweichende Ansicht, daß nämlich dieser dem Wortschatz der Eingeborenen entlehnte

[1]) Med.-Ber. f. 1904/05, S. 204. — [2]) Med.-Ber. f. 1906/07, S. 324.

Digitized by Google

Ausdruck für die verschiedenartigsten Leiden gebraucht werde, die mit Hautjucken einhergehen. Er möchte dies bei den Negern in West-, weniger in Ostafrika häufige Leiden nach F. PLEHNs Vorgang Knötchendermatitis nennen und das Wort Kro-Kro ausschließlich auf jenen eigenartigen papulo-pustulösen Ausschlag beschränken, den O'NEIL zuerst unter diesem Namen beschrieb und der seine Entstehung kleinsten Nematoden in der Haut verdanken solle. Ich weise auf PLEHNs weitere Erörterung in MENSES Handbuch der Tropenkrankheiten (1914, II. Bd., S. 185ff. u. S. 196ff.) hin. Es wäre zu wünschen, daß die Ärzte unserer Schutzgebiete den Begriff enger zu umgrenzen suchten.

Urtikaria — Purpura rheumatica — Lichen — Ichthyosis — Alopecia areata — Seborrhoea capitis — Furunkulose.

Fälle von Urtikaria, sowohl bei Europäern als auch bei Farbigen, werden aus verschiedenen Schutzgebieten gemeldet. In Anecho in Togo waren 1908/09 urtikariaähnliche Ausschläge mit manchmal kaum erträglichem Juckreiz sehr häufig.

Purpura rheumatica hatte ein Farbiger der Station Nauru (Marschallinseln).

Lichen ruber ist zwar einige Male bei Farbigen erwähnt; doch ist keine Beschreibung geliefert, aus der sein Vorkommen bei ihnen zweifelfrei hervorginge. Eine Hauterkrankung bei einem Geschwisterpaar auf den Marschallinseln, die SCHWABE für Lichen ruber planus ansah, hat er nicht beschrieben und nur kurze Zeit beobachtet. Nach A. PLEHN (a. a. O. S. 247) ist Lichen ruber planus in den Tropen noch nicht beschrieben worden; er hält jedoch das Fehlen für zweifelhaft. Nach SIEBERT (a. a. O.) fehlen in den tropischen Gegenden Indo-Australiens u. a. Lichen ruber, Favus, Pemphigus. E. JEANSELME ist auf seiner Reise durch die indo-chinesische Halbinsel und den Süden Chinas zu der Ansicht gekommen, daß die Gelben vor konstitutionellen Dermatosen, wie Lichen, fast sicher sind, dagegen eine Beute sind der Hautleiden parasitären Ursprungs[1]). Doch beschreibt LEE KIRBY-SMITH im New York med. journ. (1911, 8. Nov.) „an unusual case of lichen planus in a negro". Einen erst seit 2 Tagen bei einem 20jährigen Msukuma-Moschi damals (1904/05) von GROTHUSEN aus Tabora in Deutsch-Ostafrika als Lichen ruber acutus bezeichneten Ausschlag will ich nicht vorenthalten:

„Hauptsächlich auf dem Rücken, über und zwischen den Schulterblättern, sieht man zahlreiche, in Reihen dicht beieinander stehende kleine Knötchen von durch-

[1]) E. JEANSELME, Cours de dermatologie exotique, pag. III u. IV.

Digitized by Google

schnittlich Hirsekorngröße und kupferroter Farbe. Die Knötchen sind von derber Konsistenz, sie bilden taler- bis flachhandgroße Stellen und zeigen keine Schuppung. Nur vereinzelt sind Effloreszenzen an anderen Orten des Rumpfes, auf der Brust und in den Weichen vorhanden. Nur am ersten Tage zeigte der Kranke abends leichte Temperaturerhöhung (37.8°); sonst blieb er stets fieberfrei."

Trotz Arsen verbreitete sich der Ausschlag schnell zwischen und über den Schulterblättern zu einer großen Knötchenfläche, die sich ganz wie Chagrinleder anfühlte, auch an den übrigen Rumpfstellen wurden die Knötchen zahlreicher und erschienen vereinzelt auch auf der Stirn. Nach Aussetzung des Arsens heilte das Leiden in 6 Tagen ohne Schuppen- und Narbenbildung durch Jodkali in Gabe von dreimal täglich 1 g. Das Fehlen des Juckens, der Schuppen und des Erfolgs von Arsen widersprechen einem Lichen ruber und lassen, namentlich wegen der raschen Wirkung des Jodkalis, vielmehr einen Lichen syphiliticus vermuten, obwohl dieser der Involution entgegengehend sich mit einem dünnen Schüppchen zu bedecken pflegt; die Drüsenschwellung ist vielleicht übersehen worden.

Wäre Lichen ruber in den Tropen verbreitet, so müßte er auch häufig zur Beobachtung kommen, da das Jucken die Farbigen gewiß zum Arzt triebe. Vielleicht wird er aber auf der dunkeln Haut oft nicht erkannt oder unter einem Sammelbegriff, wie Ekzem, Kaskas, Kro-Kro, untergebracht.

Lichen tropicus („roten Hund") habe ich in den Berichten nur bei Europäern gefunden. PLEHN hat ihn bei Negern nie gesehen, obgleich die Schweißabsonderung bei ihnen nicht geringer ist und der mechanische Reiz der Kleidung nicht fehlt (S. 182).

AHLBORY in Deutsch-Ostafrika beschreibt 1906/07 die seit über einem Jahre und 2 Monaten bei einem etwa 20jährigen Mschagga-Mann bestehende Hauterkrankung, die er als Ichthyosis anspricht:

„Die Krankheit besteht in einer übermäßigen Bildung der obersten Hautschicht, die alle Körperteile, mit Ausnahme des Gesichts, des Handtellers und der Fußsohlen, betraf. Infolgedessen war die Haut auffallend trocken und fühlte sich rauh an, sie erlitt auch durch zahlreiche auflagernde kleine weiße Schüppchen ein eigentümlich schillerndes Aussehen. Am stärksten war die vermehrte Bildung auf der Kopfhaut, die infolgedessen stark verdickt war und einer fingerdicken Lederkappe glich, während der Haarwuchs sehr spärlich war. Außerdem befanden sich stärker ergriffene Partien an beiden Ellenbogen, beiden Schultern und am Rücken über dem Kreuzbein. Außer Jucken der Kopfhaut bestanden keine Beschwerden."

Die am stärksten befallenen Teile wurden mit Jodtinktur bepinselt, die übrigen mit Vaseline bestrichen, worauf nach 5wöchiger Behandlung Heilung eintrat. Als AHLBORY nach 2 Monaten den Mann wiedersah, war außer leichter Schuppenbildung und Trockenheit nichts Auffälliges an der Haut zu bemerken. Was hier zunächst gegen die Diagnose

Digitized by Google

Ichthyosis mißtrauisch macht, ist das kurze Bestehen des Leidens, dessen Anfang wir sonst ja in die früheste Kindheit verlegen. Doch darf man derartige Angaben von Farbigen nicht zu ernst nehmen. Weitere Zweifel hätte AHLBORY verscheucht durch die Bemerkung, ob die gewohnte Felderung der Haut vorgelegen habe. Auf den Westkarolinen wurden 1906/07 2 Fälle einer „ichthyosisartigen Hautkrankheit" mit Perubalsam und Ichthyol āā gebessert. 2 Jahre vorher sah man dort bei einem etwa 10jährigen Japknaben ein Hautleiden, das an Lichen pilaris und Ichthyosis follicularis erinnerte. An den Streckseiten der Ellbogen- und Kniegelenke und am Gesäß war nämlich die Haut glanzlos, trocken, abschilfernd, und wenn man mit der Hand darüberfuhr, hatte man das Gefühl eines Reibeisens.

Dort erwies sich in demselben Jahre eine Alopecia areata im Rezidiv als jeder Behandlung unzugänglich. Interessant war dabei, daß das Rezidiv anscheinend durch Gebrauch einer Kopfbedeckung entstanden war, die lange Zeit nicht mehr getragen, aber während der früheren Alopecia benutzt worden war. Leider ist nicht gesagt, ob es sich um einen Farbigen handelte, ebensowenig, wie bei den gleichzeitig genannten 2 Fällen von Seborrhoea capitis. Bei den farbigen Schülern der Regierungsschule in Garua (Kamerun) trat 1908 09 eine trockene Seborrhoe auf dem Kopfe endemisch auf, da sie sich zweimal monatlich den Kopf rasieren ließen, wodurch die infektiösen Keime immer von einem auf den anderen übertragen wurden. Es trat ein bedeutender Rückgang hervor, seitdem die Schüler angewiesen worden waren, ihre Haare nur kurz schneiden zu lassen.

Furunkulose der Haut sah man bei einem jungen Japmann.

Pigmentanomalien.

Tinea albigena habe ich in den Medizinalberichten über die deutschen Schutzgebiete nie erwähnt gefunden. Nach A. PLEHN ist sie jedoch, wie auf Java, Lombok, Sumatra, auch auf Neu-Guinea festgestellt worden; SIEBERT hat 5 ausgesprochene Fälle gesehen. Er kann die von NIEUWENHUIS gegebene klinische Beschreibung[1]) nach jeder Richtung hin bestätigen. Das Leiden wird durch einen zu den Trichophyten gehörenden Pilz erzeugt, der das Pigment der Haut dauernd zerstört, so daß sie an der Stelle auch beim Farbigen weiß wird. Das Übel befällt fast ausnahmslos die Handteller und Fußsohlen, manchmal auf die nächstgelegenen Hautteile übergreifend.

Doch glaubt SIEBERT nicht, daß die in jenen Gegenden häufigen aus-

[1]) Arch. f. Derm., Bd. 89.

Digitized by Google

gesprochenen Depigmentationen an Händen und Füßen immer auf überstandene Tinea albigena zurückzuführen seien. Weil die Entfärbung sich angeblich ohne besondere äußere Erscheinung entwickelt hatte, rechnet er sie zu den bei farbigen Rassen relativ häufig vorkommenden Vitiligoformen. In den Medizinalberichten habe ich nur einen Fall von Vitiligo entdeckt, nämlich in der Krankenliste von 1907/08 der Farbigen der Station Ponape der Ostkarolinen. Siebert verbreitet sich noch weiter über derartige Entfärbungen:

„Hinzufügen will ich noch, daß neben den Depigmentationen an Händen und Füßen häufig solche auf der Glans und an dem inneren Blatt des Präputiums vorkommen. Überhaupt scheint das Hautpigment bei allen farbigen Rassen sehr labil zu sein, da man bei ihnen Pigmentverschiebungen, Hyper- und Depigmentationen selbst nach Überstehen der geringfügigsten Hautläsionen beobachtet."

Aus dieser Eigenschaft der farbigen Haut, auf geringe traumatische und entzündliche Reize mit Depigmentation zu antworten, leitet Siebert eine Erklärung für den häufigen Pigmentschwund im Präputialsack her:

„Nach meiner Schätzung hat etwa 50% aller erwachsenen Männer eine stark phimotische Vorhaut, die mitunter kaum die Glans zutage treten läßt, und da man infolgedessen sehr häufig Balanitis beobachtet, so bin ich der Ansicht, daß diese Depigmentationen durch die häufigen Entzündungsvorgänge im Präputialsack hervorgerufen werden. Die erwähnte Verengung der Vorhaut ging in vielen Fällen so weit, daß die Öffnung des Präputialsackes nur als ein für eine ganz dünne Sonde durchgängiges Lumen erschien." (A. a. O. S 209.)

Auf Jap (Westkarolinen) litt ein Mann und eine Frau, beide im mittleren Lebensalter, an einem eigenartigen, dort anscheinend nicht seltenen Pigmentschwund:

„Die Hautaffektion geht von den Füßen aus nach aufwärts und besteht zunächst in einer Art Leukapathie, Pipmentschwund; die Füße werden entfärbt. Die entfärbten Teile sind durch eine gezackte Linie von der normalen Haut abgegrenzt. In den erkrankten Stellen finden sich einzelne graue Flecke. Es sieht fast so aus, als ob die braunen Patienten grauweiße Socken an den Füßen hätten. Dabei besteht sehr starker Juckreiz und es kommt daher zu Kratzgeschwüren und Ekzemen, die aber immer erst die Folge, nicht wie man anfangs annehmen könnte, die eigentliche Krankheit darstellen. Die Affektion geht selten über die Mitte des Unterschenkels hinaus. Heiße Bäder und Ichthyol- auch Naftalansalbe erwiesen sich von Nutzen[1])."

Ausgedehnte Pigmentatrophien wurden auch bei einem alten Manne in Deutsch-Ostafrika beobachtet. Auffallend war teilweise die Lokalisation (Lippen, Lidränder) und eine annähernde Symmetrie (Schultern, Hände). Die Haut erschien glatter als die normale und von gleichmäßig blaßrosa Färbung. Ein Pigment als Grenze fehlte; Narben waren nicht vorhanden. Der fröhliche Alte erklärte, dem bei seinen Landsleuten

[1]) Born im Med.-Ber. f. 1903/04, S. 272.

Digitized by Google

unbekannten Genuß von Flußpferdefleisch diese Hautveränderungen zuschreiben zu müssen[1])

Auch der allgemeine Pigmentmangel, der universale Albinismus scheint SIEBERT in Neu-Mecklenburg durchaus nicht selten zu sein. Er schreibt:

„Mir wurde berichtet, daß in dem von mir bereisten dünn bevölkerten Küstenstrich drei albinotische Individuen vorhanden seien, von denen ich das eine, eine Frau, zu sehen bekam. Von einer näheren Beschreibung will ich absehen, da sie im allgemeinen nichts neues bieten würde, nur möchte ich hervorheben, daß die Haut fast über den ganzen Körper hin, abgesehen von der Depigmentation, kein normales Aussehen zeigte, sondern stark ‚ekzematisiert' war."

Schon COOK berichtet, daß er auf der zweiten Weltumseglung verschiedene weiße eingeborene Individuen auf den Inseln der Südsee angetroffen habe. Der Ansicht JEANSELMES, der Albinismus sei Folge fortgesetzter Inzucht, widerspricht auf Neu-Mecklenburg nach SIEBERT die althergebrachte Einteilung der Bevölkerung in Sippen, „Totems", und das Verbot bei Todesstrafe, daß Angehörige desselben Totems untereinander heiraten.

Naevus pigmentosus kam 1910/11 auf der Marschallinsel Jaluit bei einem Mann aus Arno zur Beobachtung. Eine ununterbrochene Reihe von kleinen melanotischen Tumoren zog sich vom Scheitel bis zum oberen Drittel des Rückens. Die Geschwülste am Hinterkopf waren fest mit dem Schädel verwachsen, die gewünschte Exstirpation mithin unmöglich. In demselben Jahre sah man in Deutsch-Südwestafrika einen ausgedehnten Pigmentnävus an der Brust eines 5jährigen Bastardmädchens.

Keloid — Noma — Hautkarzinom.

Bei farbigen Rassen ist die Neigung zur Bindegewebshyperplasie aufgefallen. Geringfügige Traumen rufen sehr häufig eine starke hypertrophische Narbe oder ein Keloid hervor. So gab ein etwa 20jähriger Mann auf Ukerewe in Deutsch-Ostafrika an, daß schon seit Jahren jede Narbe sich innerhalb mehrerer Monate zu einer festen, über der Umgebung erhabenen nicht schmerzhaften Geschwulst entwickele; die untere Körperhälfte war weniger davon befallen[2]). In demselben Schutzgebiete hatte sich bei einem etwa 35jährigen Neger aus Usukuma, der sich angeblich vor 3 Jahren mit einem Dorn das linke Ohrläppchen durchbohrt und in dem Loch beständig Grashalme getragen hatte, dort eine rasch wachsende und schließlich zwei Fäuste große Geschwulst ent-

[1]) So berichtet SKRODZKI 1903/04, S. 75, aus Tabora. — [2]) WITTROCK im Med.-Ber. f. 1908/09, S. 71.

Digitized by Google

wickelt, die v. Hansemann nach der in Berlin vorgenommenen Untersuchung für ein Narbenkeloid erklärte, nämlich eine derbe fibröse Geschwulst, bei der das Bindegewebe fast ganz sklerotisch geworden ist, die bei uns sehr viel seltener seien als bei den Negern. Derselbe Neger hatte nach Eingeborenenart zur Vertreibung von Schmerzen sich an Brust, Rücken und Armen kleine, dicht nebeneinander stehende oberflächliche Hautschnitte gemacht. An deren Stelle traten bald kleinere und größere Hautwulste auf[1]). Auch bei den Herero in Deutsch-Südwestafrika sah man Narbenkaloide aus zu Heilzwecken gemachten Schnittwunden.

Die Farbigen wissen sich diese pathologische Eigentümlichkeit auf merkwürdige Weise zunutze zu machen, wie Siebert erzählt:

„Die Neu-Mecklenburger nutzen diese Eigenschaft ihrer Haut zur Verzierung des Körpers aus, indem sie sich die sogenannten Ziernarben, in Gestalt von einfachen Ornamenten, an Gesicht, Rumpf und Extremitäten schaffen. Mit einem schneidenden Instrument werden die betreffenden Läsionen gesetzt, und diese läßt man durch Einreiben mit Kalk oder mit einem bestimmten Pflanzensaft ganz allmählich zuheilen. Wenn ich solche zu der Bildung der Ziernarben angelegte Läsionen zu Gesicht bekam, so stellten sie sich mit einem fest anliegenden Schorf bedeckt dar, unter welchem sich eine ganz torpid aussehende Ulzeration befand. Vom Rande her konnte man dann die Bildung des hypertrophischen Narbengewebes beobachten." (A. a. O. S. 209 u. 210.)

Noma mit Aussicht auf völlige Heilung beobachtete auf der linken Gesichtsseite eines kräftigen etwa 17jährigen Mtussi Skrodzki in Tabora[2]); Noma mit baldigem tödlichem Ausgang als ein zweimarkstückgroßes lochförmiges tiefes, mit gangränösen Gewebsfetzen bedecktes Geschwür, dessen Umgebung stark geschwollen und infiltriert war, Barthels in Iringa, ebenfalls in Deutsch-Ostafrika, auf der Wange eines etwa 1 Jahr alten Mhehemädchens. In demselben Jahre (1910/11) starb in Kamerun ein Hottentotte daran; in Samoa trat damals ein Fall auf bei Dysenterie nach kürzlich überstandenen Masern.

Ein Hautkarzinom der Fußsohle mit gewaltiger Metastase in den Inguinaldrüsen bei einem schon Kachektischen freien Eingeborenen beschreibt Danneil im Bericht über Käwieng (Deutsch-Neu-Guinea) für 1905/06. Karzinome sind bei den Farbigen unserer Schutzgebiete auffallend selten, worüber ich an anderer Stelle ausführlich berichten werde.

Otto Dempwolff erwähnt eine Hautaffektion, die seines Wissens nur in Indonesien, besonders häufig anscheinend auf Neu-Guinea vorkomme:

„Es sind kleine juckende Papeln an den unteren Extremitäten, die man von einer Buschtur mitbringt, die unter dem Kratzeffekt bald in flache, eiternde Geschwüre über-

[1]) Lurz im Med.-Ber. f. 1910/11, S. 230. — [2]) Med.-Ber. f. 1904/05. Ausführliche Beschreibung S. 48; Abbildung S. 91.

Digitized by Google

gehen, und die erst in Wochen heilen, unter Hinterlassung eines jahrelang fortbestehenden bräunlichen Pigmentfleckes. Sie hießen bei uns ‚Buschmucker'; es sind angeblich minimale rote Milben darin gefunden worden. Jedenfalls gibt es ein sicheres prophylaktisches Mittel, dessen Kenntnis ich den protestantischen Missionaren verdanke: Balsam. Peruv., rein oder bis 10% spirituös verdünnt, zur sorgfältigen Einreibung der unteren Körperhälfte vor jeder Buschtur. Dieses Mittel half auch therapeutisch am ersten Tage gegen die roten Papeln angewandt, während die Geschwüre mit feuchten Umschlägen und Borsalbe sehr langsam ausheilten[1])."

Über Elefantiasis werde ich an anderer Stelle im Zusammenhang mit den Geschwülsten der Farbigen berichten.

Vorbeugung.

Wir haben gesehen, daß bei den Farbigen der deutschen Schutzgebiete unter den Hautkrankheiten die parasitären weit überwiegen, trotz der Bakterienfeindschaft des in den Tropen höchst intensiven Sonnenlichts, dessen Heilwirkung durch die auffallende Seltenheit des Lupus in den heißen Ländern besonders nahegelegt wurde. Gegenüber einem Einfluß der Sonne erscheint es namentlich widerspruchsvoll, daß z. B. in Neu-Mecklenburg, wo die Farbigen nackt gehen, parasitäre Hautleiden ungeheuer verbreitet sind, während in Deutsch-Südwestafrika, wo die Eingeborenen ganz bekleidet zu sein pflegen, Hautkrankheiten selten sein sollen. In der Tat ist ja der unbekleidete Körper, wie oben schon bemerkt, leichter der Ansteckung ausgesetzt, zumal da oft sich einstellende kleine Verletzungen den Krankheitskeimen Eingangspforten schaffen.

Werden wir aber nun deshalb einer noch weitergehenden Bekleidung der Farbigen das Wort reden? Ich halte das Umgekehrte für wünschenswert. Zweck der Kleider ist, gegen Kälte zu schützen; dieser fällt aber in den Tropen weg. Dort fordert im Gegenteil die Hygiene, die Entwärmung und Verdunstung des Körpers von jedem Hemmnis zu befreien. Wir müssen a priori annehmen, daß in den Tropen die Kleider nicht nur lästig sind, sondern mannigfache gesundheitliche Schäden erzeugen, selbst wenn sie wirklich die parasitären Hauterkrankungen einschränken sollten. In Südafrika hat man ihnen sogar das Besorgnis erregende Umsichgreifen der Tuberkulose unter den Farbigen zur Last gelegt, und der Nordpolfahrer NANSEN hat dasselbe von den Eskimos behauptet. Heute, wo uns die Heilerfolge, die BERNHARD, ROLLIER und MALGAT mit der Besonnung bei dieser Krankheit erzielt haben, in Erstaunen setzen, erscheint uns diese Behauptung, wenn auch

[1]) O. DEMPWOLFF, Ärztliche Erfahrungen in Neu-Guinea. Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1898, H. 5.

Digitized by Google

nicht streng bewiesen, so doch ernster Beachtung wert. Daß bei diesen Menschen, deren nackter Leib durch viele Generationen seine Lebensbedingungen auf beständigen reichsten Lichtgenuß eingestellt hatte, dessen Beschränkung auf einen kleinen Rest gesundheitlich bedeutungslos sei, darf man nicht annehmen. Die Nacktheit ist für den Farbigen nicht nur das angenehmste und gesundeste, sondern auch das schönste Gewand. Das begriff ich einmal besonders lebhaft, als ich in Windhuk einen schwarzen Buben, den ich stets in schmutzigen Lumpen gesehen hatte, eines Tages gänzlich nackt erblickte. Vordem ein widerlicher Anblick, war es nun eine Freude, den wohlgebildeten, schlanken und elastischen dunkeln Leib in den mannigfachsten Bewegungen in der Sonne erglänzen zu sehen. Der ungereimten Vorstellung, daß der nackte menschliche Körper, das höchste Meisterwerk der Schöpfung, der würdigste Gegenstand der bildenden Kunst von der Antike bis auf unsere Zeit, unsittlich sei, werden wir Ärzte nicht beistimmen. Diese irrige Anschauung ist es aber, die den Tropenbewohnern die Kleidung gebracht hat. Die stärkste Sonnenstrahlung verträgt sogar die Haut des Europäers durchaus gut. In meiner Heilanstalt in Windhuk nahmen weiße Patienten selbst in der heißesten Jahreszeit einstündige Sonnenbäder, selbstverständlich unter zeitweiligem Wenden, mit Nutzen und Wohlbehagen. Einmal bedeckte zwar ein Erythema solare den ganzen Körper. Nach dessen Heilung vertrug aber auch dieser Kranke nach allmählicher Gewöhnung das Sonnenbad ohne Schaden.

Zur Bekämpfung der parasitären Hautkrankheiten wird es nötig sein, die Farbigen an größere Sauberkeit und frühzeitige ärztliche Behandlung zu gewöhnen. In Deutsch-Ostafrika wurden beim Bahnbau der Usambara-Eisenbahn 1910/11 in allen Schächten selbst die kleinen Beinwunden schon aufmerksam verbunden; infolgedessen wurden die großen gangräneszierenden Beingeschwüre viel seltener. Auch in Deutsch-Neu-Guinea wurden durch rechtzeitige Behandlung schwere Unterschenkelgeschwüre vermieden. Daß bei der Schutztruppe in Kamerun durch fortwährende Belehrung über Hautpflege stetige Abnahme der dort sehr häufigen Krankheiten der äußeren Bedeckung erreicht wurde, habe ich oben schon erwähnt. Die Verhütung der Hauterkrankungen der Farbigen fällt zusammen mit der Hebung ihres Kulturzustandes.

Weiterforschung.

In Zukunft müßten die Ärzte der deutschen Schutzgebiete noch mehr darauf bedacht sein, die Identität der dort gefundenen Hautleiden mit den gleichnamigen Krankheiten Europas festzustellen. Bei der Skabies

Digitized by Google

wäre dies durch den Milbenbefund, bei Lupus, Psoriasis, Lichen ruber, Ichthyosis u. a. durch genaue Beschreibung des Krankheitsbildes zu erreichen, was bisher gar nicht oder nur in ungenügendem Maße geschehen ist, so daß wir nicht einmal mit voller Bestimmtheit sagen können, ob diese Formen in unseren Schutzgebieten überhaupt vorkommen.

Die Frage, ob gewisse Krankheiten in den Tropen nicht oder äußerst selten und vielleicht nur in milder Art auftreten, spielt eine Rolle hinsichtlich etwaiger klimatischer Behandlung. So hat KAYSER wegen des spärlichen Vorkommens von Psoriasis die Meinung geäußert, man könne solchen Kranken raten, nach den Tropen zu gehen; er sah auf Java wiederholt Psoriatiker, die in Europa viel Last von ihrem Leiden hatten, nur einzelne leichte Erscheinungen aufweisen[1]). Freilich sagt er nichts davon, ob die dort erlangte Besserung in Europa bestehen bleibe. Immerhin ist es möglich, daß die stark gesteigerte Hautausscheidung auf manche Hautleiden günstig wirke und die Heliotherapie in sonnenreichen Ländern, wie es namentlich Deutsch-Südwestafrika ist, noch ungeahnte Erfolge zeitige.

Sorgfältige Wiedergabe des Krankheitsbildes wird es auch ermöglichen, bis dahin unklare Formen bestimmter zu erkennen und zu klassifizieren und aus Sammelbegriffen, wie z. B. Kro-Kro, einzelne scharf umschriebene Arten auszusondern. Vielleicht sind manche nur den farbigen Rassen eigene Leiden fälschlich mit europäischen Namen belegt worden. Um über die Verbreitung der verschiedenen Formen in den einzelnen Schutzgebieten mehr Klarheit zu gewinnen, wäre es nötig, sie in den Krankenlisten der Medizinalberichte nicht wie bisher unter dem Titel „akute Hautkrankheiten", chronische Hautkrankheiten" zusammenzufassen, sondern sie einzeln mit Namen aufzuführen.

Mitteilungen aus der Literatur.

Bakteriologie.

Die Bedingungen für das natürliche und künstliche Wachstum des Gonokokkus, von LEVERETT DALE-Bristol. (M. Record, 8. Juli 1916.) Von der Beobachtung ausgehend, daß der Gonokokkus an denjenigen Orten am besten sich entwickelt, welche Muzin und Mukoidsubstanzen enthalten, also an Schleimhäuten und serösen Häuten, suchte der Verf. auch einen künstlichen muzinhaltigen Nährboden für Gonokokken zu erhalten und wählte hierzu die menschliche Nabelschnur. Die Züchtungsversuche des Verf. sind noch nicht abgeschlossen, sollen aber vielversprechend sein.

A. Gunsett-Straßburg.

[1]) J. D. KÄYSER, Psoriasis vulgaris in de Tropen. Geneeskundig Tijdschrift v. Ned. Indie, 1907, aflevering 5 deel 47. Ausnahmsweise breitete sich auch dort die Krankheit aus und zeigte sich sehr hartnäckig.

Digitized by Google

Zur Verhütung des Eintrocknens bakteriologischer Nährböden, von ADOLFO MARTIRI. (Riforma m., 1916, Nr. 48.) Verf. empfiehlt die Aufbewahrung der Röhrchen in „feuchten Gefäßen". Zu diesen verwendet man gewöhnliche zylindrische Glasgefäße von 2—3 l Inhalt mit einem Deckel aus einem sich nicht oxydierenden Metall. Auf den Boden des Gefäßes kommt Watte, darüber wird soviel destilliertes Wasser gegossen, daß es einige Millimeter höher steht als die Watte. Um die Entwicklung von Schimmelpilzen zu vermeiden, gibt man auf das Wasser 2—3 ccm einer Mischung aus den gesättigten alkoholischen Lösungen von Naphthalin, Kampfer und Thymol. Nachdem die Röhrchen hineingestellt sind, wird der Deckel des Gefäßes mit Alkohol abgebrannt und geschlossen. Mit diesem Verfahren ist es leicht, die verschiedenen Spezialnährböden, deren ein großes Laboratorium bedarf, stets frisch zu haben.

M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Hygiene.

Die Aufgaben der Sexualpädagogik. Bericht über die Verhandlungen einer Gruppe von Fachvertretern am 6. Mai 1916. Herausgegeben von H. E. TIMERDING. (Leipzig 1916, B. G. Teubner.) Für den deutschen Ausschuß für den mathematischen und naturwissenschaftlichen Unterricht, einer Vertretung von 21 der angesehensten großen wissenschaftlichen Fachvereine und -gesellschaften, hat T. den ausführlichen Bericht über eine Sitzung von Medizinern und Schulmännern zur Beratung der Aufgaben der Sexualpädagogik zusammengestellt. Es wurde eine Eingabe an den preußischen Kultusminister beschlossen, in der es als dringend geboten bezeichnet wird, daß die jungen Leute bei dem Abgang von der Schule nicht ohne eine kurze, aber eindringliche Belehrung, sei es durch einen Schulmann oder einen Arzt, zu lassen sind.

E. Brinitzer-Altona.

Rückblick und Ausblick auf die moderne sexualhygienische Bewegung, von ULLMANN. (Österr. Sanitätswesen, 1914, Nr. 30—33 u. 38.) Die Arbeit ist die Wiedergabe eines in der Jahresversammlung der Österr. Gesellschaft für Schulhygiene gehaltenen Vortrages. Nach einem Überblick über die Entwicklung der sexualhygienischen Bewegung in den verschiedenen Ländern bespricht U. die Ergebnisse der von ihm in den Kreisen der Wiener Studentenschaft usw. eingeleiteten Enquete über die sexuellen Morbiditätsverhältnisse, über Masturbation, den Zeitpunkt der ersten sexuellen Empfindungen usw. U. vergleicht seine Resultate insbesondere mit der Arbeit MEIROWSKYS, der in der Klinik NEISSERS eine gleichartige Statistik erhoben hat. Die ersten sexuell-erotischen, d. h. ausgesprochen sinnlichen, und bewußt grob erotischen Empfindungen wurden von U. und ziemlich übereinstimmend auch von MEIROWSKY in 17 % im 5.—8. Lebensjahre, in 12 % im 9.—10. Jahre, in 27 % im 11.—12. Jahre, in 28,5 % im 13. und 14. Jahre, in 12,1 % im 15. und 16. Lebensjahre angegeben. Angeblich ohne äußeren Anlaß wurde das Auftreten dieser Empfindungen in 23 % beobachtet; infolge äußerer Anlässe in 77 %; darunter sind als häufigste Ursachen hervorhebenswert (nach ihrer Häufigkeit geordnet): Verführung durch Schul- und Spielkameraden, Dienstmädchen, weibliche Geschwister oder andere Mädchen, Vorgänge im Hause wie Toilette der Mutter, Schwester oder Großmutter, Ammen und Kindermädchen. Eine beträchtliche Rolle in allen Beantwortungen spielt die unbewachte und unzüchtige Lektüre. In betreff der Masturbation ergab die Statistik, daß 79 % der Gymnasiasten und Studenten und 60 % unter den Bürger-, Volks- und Fortbildungsschülern Onanie zugaben. Relativ häufig, fast in 10 % der Fälle, wurde mutuelle Masturbation betrieben. U. erörtert dann die Auffassungen FREUDS, von denen er sich praktisch für die Schule keinen Nutzen verspricht. Im Gegensatz hierzu kann sich die moderne Konstitutionslehre, die Lehre von der Bedeutung der Sexualhormone und die experimentelle Biologie (STEINACH, TANDLER und GROSS) als fruchtbringend für die Sexualhygiene erweisen zur besseren Erkenntnis der Beziehungen der sexuellen Sphäre zum Gesamtorganismus. Der erste geschlechtliche Verkehr erfolgte bei den „studierten" Jugendlichen unter 100 Fällen im 15. Lebensjahre 13 mal, im 16. Lebensjahre 9 mal, im 17. und 18. Lebensjahre 18 bzw. 14 mal. Nur 7 Fälle, im Alter von 21—23 Jahren, gaben an, noch keinen Verkehr gepflogen zu haben. Unter den früheren Volksschülern fand der erste Verkehr im allgemeinen eher statt, bei 5 % schon im 12. Jahre, 8 % im 13. Jahre, 10 % im 14. und 15. Jahre, 12,5 % im 16. Jahre. In betreff der venerischen Krankheiten waren von den 100 Studenten 40 % erkrankt bzw. erkrankt gewesen, von den früheren Volksschülern 48,7 %. U. bespricht zum Schlusse die Maßnahmen, die geeignet sind, eine

Digitized by Google

Besserung der jetzigen Verhältnisse herbeizuführen: sittliche und ethische Festigung der Charaktere der Schulkinder, stetige Beeinflussung des Elternhauses durch die Schule im Sinne der Prinzipien der modernen Sexualhygiene, Vermeidung aller nicht unbedingt nötigen Gelegenheiten im Unterrichtsstoff, welche sexuelle Gedankengänge auslösen. Heranbildung sexualhygienisch gut ausgebildeter Lehrkräfte, körperliche Ausbildung und Kräftigung der Schuljugend, ständige Beratung aller Fragen der Sexualhygiene durch eigene Schulkommissionen mit Einbeziehung ärztlicher Experten und auf diesem Gebiete erfahrener Fachärzte, Ausgestaltung des biologischen Unterrichts, obligatorische Einführung der schulärztlichen Institution. E. Brinitzer-Altona.

Ist es wirklich ganz unmöglich, die Prostitution gesundheitlich unschädlich zu machen? von A. Neisser. (D. m. W., 1915, Nr. 47.) N. macht folgende Vorschläge: 1. Es sollen je nach der Größe der Stadt ein oder viele Ambulatorien, Polikliniken oder Fürsorgestellen „für an Frauen- und Geschlechtskrankheiten leidende Mädchen und Frauen" eingerichtet werden. Allein „Geschlechtskrankheiten" zu sagen, sei nicht zu empfehlen. 2. Als Ärzte an diesen Fürsorgestellen sind natürlich nur spezialistisch ausgebildete Ärzte und Ärztinnen anzustellen. Ihnen zur Seite müssen je nach Bedarf eine oder mehrere geschulte Wärterinnen tätig sein. Die Ärzte müssen derartig bezahlt sein, daß sie täglich vormittags wie nachmittags mehrere Stunden und, was besonders wichtig ist, auch mehrmals wöchentlich während der Abendstunden sich ganz dieser amtlichen Tätigkeit der Beratung und Behandlung widmen, womöglich auf Privatpraxis verzichten können. 3. Neben den freiwillig in Behandlung tretenden Personen werden auch von den polizeilichen Organen überwiesene Personen in Behandlung genommen, soweit es sich um noch nicht eingeschriebene Personen handelt. 4. Für die inskribierten Puellae ist die Behandlung in besonderen poliklinischen Anstalten vorzunehmen. 5. Die Krankenhausbehandlung soll bleiben, nur soll sie, wo es möglich ist, durch die ambulatorische Behandlung ersetzt und ergänzt werden. 6. Überall müssen Polizeiassistentinnen und Fürsorgeschwestern mitwirken; einerseits, um die Ärzte in ihren Bestrebungen für eine regelmäßige Behandlung zu unterstützen, die von der regelmäßigen Behandlung Fortbleibenden aufzusuchen, andererseits, um den Mädchen in sozialer Weise beizustehen, zu raten und zu helfen. Für die ambulante Behandlung der Ulcera mollia empfiehlt N. sorgfältiges Auswischen der Ulzera mit reiner Karbolsäure und nachheriges Bedecken mit einem kleinen Wattebausch, der mit 10%iger Protargolvaseline bedeckt ist. Der Patientin ist einzuschärfen, stets für reichliche Einfettung des Vaginaleinganges mit reiner Vaseline zu sorgen. In bezug auf die Blennorrhoe meint N., daß eine Verhütung der Portio- und Uterusblennorrhoe zu erreichen ist durch einen an den Muttermund eingelegten, fettdurchtränkten Vaginaltampon. Auch die Männer würden dadurch vor einer Infektion durch Uterusblennorrhoe geschützt sein. Es würde möglich sein, solche Prostituierte, die sonst ihrer Zervikal- und Uterusblennorrhoe halber oft monatelang im Hospital verbleiben müssen, eher zu entlassen, ohne daß sie Unheil anrichten können. Die von N. vorgeschlagene Urethral-Blennorrhoe-Behandlung besteht im Einlegen von Urethralstäbchen, die 10—20% Protargol enthalten, die von der Engel-Apotheke in Breslau, Beiersdorf-Hamburg usw. geliefert werden. Diese Stäbchen sollen 1—2 mal täglich eingelegt werden. Das Einführen der Stäbchen können viele Mädchen selbst leicht lernen. Die Luesbehandlung würde in jährlich 3 mal zu wiederholenden Injektionszyklen von je 4—5 Salvarsaninjektionen bestehen. N. tritt bei Prostituierten auch für prophylaktische Salvarsanbehandlung ein.

E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Regierungsrat Prof. Maximilian von Zeissl in Wien feierte das 40jährige Doktorjubiläum.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

11. Mai 1918 | Nr. 19 | Band 66

Aus der Hautklinik der städt. Krankenanstalten zu Dortmund.

Weitere Mitteilungen über Erosio interdigitalis blastomycetica.

Von

San.-Rat Dr. J. Fabry.

Unter obiger Benennung habe ich vor einiger Zeit ein besonderes Hautkrankheitsbild aufstellen zu dürfen geglaubt, das klinisch insofern von untergeordneter Bedeutung ist, als es sich um eine umschriebene und gutartige Hauterkrankung handelt, die auch kaum oder nie zu irgend welchen ernsteren Komplikationen führt. Das theoretische Interesse an der Erkrankung dürfte deshalb ein größeres sein, weil für die Erkrankung als Erreger Hefen in Frage kommen. Es handelt sich also nach unseren eingehenden und bis heute fortgesetzten Untersuchungen um eine echte Blastomykose, während von anderer Seite (Bloch, Marie Kaufmann-Wolff) eine Oidiomykose angenommen wird. Vielleicht oder wahrscheinlich handelt es sich um verschiedene Krankheitsbilder.

Insgesamt haben wir bis heute 17 Fälle typischer interdigitaler Erosion untersucht. Den eingehenden Bericht über Gang und Art unserer gemeinschaftlich mit Dr. Löns, dem Vorsteher des bakteriologischen Instituts der städt. Krankenanstalten, vorgenommenen Untersuchungen erstattet Fräulein Dr. Berendsen in einer besonderen Abhandlung.

In allen Fällen gelang kulturell einwandfrei der Nachweis der Hefen.

Es ist uns nicht in allen Fällen gelungen, im Ausstrich die Hefen nachzuweisen; und nur dieses Verfahren käme für den Praktiker zur Erhärtung der Diagnose in Frage, vorausgesetzt, daß der Nachweis einfach und in allen Fällen sicher ist. Das ist nach unseren bisherigen Untersuchungen nicht der Fall. Es ist deshalb von Bedeutung, daß die klinischen Symptome so charakteristisch und eindeutig sind, daß der Nachweis der Hefen sich eben erübrigt. Als solche haben wir bereits teilweise in unserer ersten Mitteilung mehrere angeführt. Wir ergänzen dieselben heute wie folgt.

1. Lokalisation an den Interdigitalfalten, so daß die Affektion für gewöhnlich bei gespreizten Fingern von der Dorsalseite am besten sichtbar ist.

Digitized by Google

2. Die befallenen Hautstellen erscheinen tiefrot, wie verbrüht, mit scharf absetzenden weißen Rändern. Dabei finden sich in dem roten Fleck immer wieder Ansätze zur Epithelisierung, so daß meist unregelmäßige Balken — ein Zeichen der Epithelisierung — die Erosion durchziehen.

3. Unter allen von mir beobachteten Fällen waren immer die Interdigitalräume der Hände, niemals der Zehen befallen. Niemals befallen ist der Interdigitalraum zwischen Pollux und Index. Wir erklären uns das aus den anatomischen Verhältnissen, indem dieser nicht so von der Luft abgeschlossen ist wie die anderen Interdigitalräume; das aber scheint eine Vorbedingung für das Wachstum der Hefen zu sein.

4. Es treten nach unseren Beobachtungen niemals Herde sonst am Körper auf. Nie beobachteten wir Komplikationen von seiten der Lymphgefäße oder Drüsen.

5. Die Affektion scheint häufiger bei Frauen vorzukommen, und zwar bei solchen, die im Küchen- und Hausbetriebe viel mit Wasser und Lauge zu tun haben.

6. Bei Aufnahme der Anamnese hören wir regelmäßig die Angabe, daß die Erkrankung monate- oder jahrelang besteht, und daß alle mögliche Salbenanwendung nicht fruchtete.

Das wechselnde Bild der Epithelbildung erinnert am meisten an eine ähnliche Erscheinung, wie sie die sogenannten îsles epithéliales = schlotternden Epithelinseln bei der Pageterkrankung der Brust in größerem Umfange darbieten. An einer Stelle geht Epithel durch Mazeration zugrunde und an der andern sehen wir Ansätze zur Epithelneubildung und Überhäutung der Erosion.

Das Epithel haftet nicht in der ganzen Fläche an der Unterlage an, sondern die Randpartien sind gelockert. Der Rand erscheint deshalb unterminiert und die Erosion durchziehen unregelmäßige Balken von Epithelansätzen. Schon in unserer ersten Mitteilung (Münchner med. Wochenschrift, 1917, Nr. 48) hoben wir hervor, daß gerade unter den unterminierten Rändern die Erreger sitzen und zu finden sind. Für die Reinkultur bringt man am besten derartige Randschüppchen auf den Nährboden.

Ich lasse einige Krankengeschichten in Kürze folgen, die zwar in den wesentlichsten Symptomen der Erosion und Epithelbildung nichts Abweichendes boten, aber dennoch bemerkenswert zu sein scheinen.

Frau R., 55 Jahre. Typisch befallen sind drei Interdigitalräume der linken und drei Interdigitalräume der rechten Hand. In diesem Falle ist bemerkenswert, daß alle Zwischenräume befallen sind außer den Zwischenräumen zwischen Pollux und Index. Die Erkrankung zeigt das Charakteristische der scharfen Ränder. Die Affektion besteht seit September 1917. Auffallend ist, daß hier so viele Interdigitalräume betroffen

Digitized by Google

sind (6). Ferner ist in diesem Falle bemerkenswert, daß an allen Fingern die Affektion auch auf die Beugeseite übergreift, auf die Digitalfalte zwischen Hohlhand und erster Phalanx. Dort ist die Affektion aber nur an den genannten Falten sichtbar.

Auch bei dieser Patientin war die prompte Heilwirkung verdünnter Jodtinktur wie in allen unseren Fällen frappierend, während vorher Applikation der verschiedensten Salben ohne den geringsten Erfolg war.

Fr. B. 4. III. 1918. Zwischen Mittel- und Ringfinger der rechten und linken Hand eine ungefähr zehnpfennigstückgroße Erosion. Besteht seit zwei bis drei Jahren. Behandlung stets ohne Erfolg. Frau B. gibt an, daß das Ekzem sich verschlimmert, wenn sie längere Zeit in Seifenlauge arbeitet. An der rechten Hand bestand zwischen Zeige- und Mittelfinger eine Erosion, die aber nach Angabe der Patientin spontan heilte.

Fr. Sch. 5. III. 1918. Typische Stelle im zweiten Interdigitalraum bis zum zweiten Fingerglied reichend. Besteht seit ungefähr fünf Monaten. Frau Sch. klagt über unangenehmes Brennen der Haut. Behandlung bis jetzt ohne Erfolg.

Die Gesamtzahl der von uns bis heute untersuchten Fälle beträgt 17. Davon betrafen:

Männer	4,
Frauen	13,
Kinder	0.

In allen diesen Fällen gelang kulturell der Nachweis der Hefen, im Ausstrich nicht regelmäßig.

Dieses konstante Vorkommen im Verein mit den positiven Impfergebnissen — vgl. die demnächst im Archiv für Dermatologie erscheinende Arbeit von Dr. Berendsen — berechtigen zu der Auffassung, daß die von uns in Gemeinschaft mit Dr. Löns gefundenen Hefen die Erreger der Erkrankung sind, für welche wir die Bezeichnung Erosio interdigitalis blastomycetica vorgeschlagen haben.

Krieg, Geschlechtskrankheiten und Prostitution in ihren Wechselbeziehungen.

Kritische Referate.

Von

Dr. Ernst Levin in Berlin.

(Fortsetzung.)

V.

Der Einfluß des Krieges auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Heimatsgebiet.

In Übereinstimmung mit den zu Beginn des Krieges über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Heere laut gewordenen Befürchtungen hatte man auch die sich daraus für das Heimatsgebiet ergebenden

Digitized by Google

Gefahren ins Auge gefaßt. Wenn nun auch die Verseuchung des Heeres durchaus nicht den befürchteten Umfang angenommen hat, so wäre es doch gewagt, mit Scholtz (14) aus der gegen den Frieden wenig veränderten Zahl von 2—3% Geschlechtskranker eine Abnahme der Geschlechtskrankheiten deshalb herzuleiten, weil im Frieden unter den Studierenden 25%, unter den Kaufleuten 16% und unter den Arbeitern der Großstädte 8% erkrankt waren, denn es fällt demgegenüber die Erkrankung früher verschont gebliebener bzw. in geringerem Maße beteiligter Volkskreise und Altersklassen sowie die bereits hervorgehobene stärkere Beteiligung Verheirateter erschwerend ins Gewicht. Es steht zu hoffen, daß die während des Krieges und für die Zeit des Friedensschlusses vorbereiteten Maßnahmen einer erheblichen Zunahme der Geschlechtskrankheiten im Heimatslande entgegenarbeiten werden und daß, soweit eine solche bereits erkennbar wurde, vornehmlich die ersten Zeiten des Krieges, die uns in dieser Beziehung nicht genügend gerüstet trafen, die Schuld daran tragen. So konnte Klausner (10) eine auffallende periodische Zunahme der Primäraffekte und auch der Gonorrhoe und des Ulcus molle feststellen, herzuleiten von dem vermehrten Zuströmen der klandestinen Prostitution zunächst unmittelbar nach der Mobilmachung, dann nach dem Eintreffen von Rekruten und Verwundeten, während in der Zwischenzeit nach dem Ausmarsch der ersten Truppen ein Abfall unter die Norm stattfand. Eine wesentliche Zunahme glaubt Oppenheim (12) an seinem Kassenmaterial beobachtet zu haben, bei dem die Zahl vom 1. Oktober 1914/1915 71% gegen 29% im Jahre 1908 betrug. Demgegenüber konnte Pezzoli (13) bei weiblichen Kassenmitgliedern, deren Gesamtfrequenz durch die besseren Arbeitsverhältnisse verringert war, einen unveränderten Prozentsatz der Geschlechtskrankheiten feststellen. Ebenso findet Audry (1) keine Vermehrung in der Klinik und Poliklinik in Toulouse: vom 1. März 1911/1913 602 Syphilitiker (darunter 196 Frauen), 1. März 1915/1917 444 + 143 anderweitig behandelte = 547 (darunter 199 Frauen), während die Bevölkerung sich eher vermehrt hatte.

Was die Beobachtungen an den einzelnen Erkrankungen anbetrifft, so erscheint zunächst die von Török (16) an der männlichen Zivilbevölkerung Budapests im Verhältnis von 1915 zu 1913 festgestellte Verdoppelung der Verhältniszahl der frischen Syphilisfälle recht bedenklich, da gerade diese für die Beurteilung der Weiterverbreitung maßgebend sind; ebenso das von Stein (15) beobachtete Anwachsen der extragenitalen Infektionen von 4% auf 6%, nach Finger (7) sogar auf 10%. In Frankreich wurde nach Balzer (2) die Zahl der syphilitischen Frauen ständig wachsend gefunden. Eine Abnahme der Syphilis unter den

Digitized by Google

Frauen fand Prezzoli (13), dagegen eine Zunahme von Tripper und Ulcus molle, ersterer hat auch nach Fehling (4), letzteres nach Oppenheim (12), und zwar um das Dreifache zugenommen, was auf die wesentlich größere Morbidität beim Militär zurückgeführt wird.

Selbst wenn es gelingen sollte, die Gesamtheit der Geschlechtskrankheiten einigermaßen unverändert zu erhalten, bleiben immer noch genügend bedenkliche und größte Beachtung verdienende Tatsachen übrig. So macht sich die vermehrte Zahl der erkrankten Verheirateten beim Heere durch eine größere Zahl der Erkrankungen bei verheirateten Frauen bemerkbar, da ja schon zahlreiche Ehemänner auf Urlaub, als Verwundete oder endgültig Ausgeschiedene in die Heimat zurückgekehrt sind. Häufige Infektionen von Ehefrauen durch auf Urlaub befindliche Ehemänner fanden Finger (5) und Klausner (10), eine Zunahme der Verheirateten unter den weiblichen Kranken Stein (15), eine Zunahme frischer Gonorrhoe-Infektionen bei Ehefrauen (und zwar sämtlich durch die Ehemänner verursacht) Fraenkel (8), schließlich eine große Häufigkeit unter den verheirateten Frauen Gaucher und Bizard (9).

Unverkennbar ist der Einfluß des Krieges in der Verschiebung der Häufigkeit der Erkrankungen innerhalb verschiedener Altersklassen. Prezzoli (13) fand die Zahl der Erkrankten unter 20 Jahren wesentlich vermehrt, Gaucher und Bizard (9), Oppenheim (12), Stein (15) stellen die auffallende Beteiligung ganz junger und ganz alter Männer fest. Sie äußert sich bei Oppenheim in einer Verdoppelung des prozentualen Anteils der unter 20jährigen (bedingt durch hohe Kriegslöhne, Nachtarbeit, Zusammenarbeiten mit jugendlichen Arbeiterinnen) und der über 40jährigen (bedingt durch ihre größere Inanspruchnahme durch den Männermangel), bei Stein bei Vergleich der Jahre 1913 und 1915 in einer Zunahme der 15—18jährigen von 4% auf 11%, der über 50jährigen von 1,4% auf 2,2%. Finger (7) gibt die folgende Gegenüberstellung:

im	Alter	von	15	Jahren	im	Frieden	1‰,	im	Kriege	8‰
„	„	„	16	„	„	„	3‰,	„	„	9‰
„	„	„	17	„	„	„	11‰,	„	„	26‰
„	„	„	18	„	„	„	27‰,	„	„	68‰

also bei den 15—18jährigen eine Zunahme von 4,2% auf 11,1%. In den gleichen Altersklassen fanden sich in einer von ihm wiedergegebenen Friedensstatistik aus Paris fast genau ebensoviel männliche Geschlechtskranke (4,9%), während weibliche in Stuttgart mit 20% vertreten waren, so daß bei diesen die Verhältnisse anders zu liegen scheinen.

Schließlich müssen wir noch auf die bereits bei Besprechung der Gesamtfrequenz ausgesprochene Vermutung zurückkommen, daß dem

Digitized by Google

durch die ungefähr gleichgebliebene Zahl der Erkrankungen beim Heere nachgewiesenen Rückgange bei gewissen Bevölkerungsklassen eine Zunahme bei anderen gegenüberstehen muß. In der Tat fand sich eine beträchtliche Durchseuchung von Volksschichten, die bisher von den Geschlechtskrankheiten verschont geblieben waren und ihr im Frieden entgangen wären, Bewohner von Landgemeinden und kleinen Städten [Blumenfeld (3), Lipschütz (11), Finger (6), Audry (1)]. Deshalb glaubt Scholtz (14), daß die Geschlechtskrankheiten nach dem Kriege vielleicht eine größere Verbreitung auf dem Lande finden werden, und Finger (6, 7) befürchtet bei der Demobilisierung Endemien auf dem Lande und Zunahme der extragenitalen Infektionen, welche seiner Erfahrung nach stets ansteigen bei allgemeiner Zunahme der Syphilis und Eindringen in unter schlechten hygienischen Verhältnissen lebende Bevölkerungskreise. Daß hier eine nicht zu unterschätzende volkswirtschaftliche Gefahr vorliegt, kann nicht bezweifelt werden, und es wird eingreifender Maßnahmen bedürfen, um tiefgehenden Schädigungen vorzubeugen.

Literatur.

1. Audry, De la Diffusion de la Syphilis dans la région Toulousaine pendant deux années de guerre. Ann. de Derm. et de syph., 1917, Bd. 6, Nr. 8. — 2. Balzer, F., La Prophylaxie antivénérienne par les adiministrations civiles et militaires. La Presse méd., 1916, Nr. 2. — 3. Blumenfeld, A., Zur Bewertung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. Der Militärarzt, 1916, Nr. 13. — 4. Fehling, Die Gonorrhoe der Frau im Krieg. Unterels. Ärzte Verein. Straßburg, 30. VI. 1917. (Ref. D. m. W., 1917, Nr. 38.) — 5. Finger, E., Geschlechtskrankheiten und Hautkrankheiten im Kriege. W. m. W., 1916, Nr. 21. — 6. Finger, E., Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten durch den Krieg und deren Bekämpfung. W. kl. Rdsch., 1916, Nr. 7—10. — 7. Finger, E., Der Krieg und die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Wien-Leipzig, 1916. — 8. Fraenkel, L., Sexuelle Gefährdung der Frau durch den Krieg. Zschr. f. Bek. d. Geschlechtskrkh., 1916, Bd. 17, H. 7. — 9. Gaucher und Bizard, Syphilis nach zwei Kriegsjahren. Ann. des mal. vénér., Jan. 17. (Ref. Derm. W., 1917, Bd. 64, Nr. 21.) — 10. Klausner, Krieg und Geschlechtskrankheiten. Prag. m. W., 1915, Nr. 9. — 11. Lipschütz, Dermatologische Beobachtungen während des Krieges. III. Der Einfluß des Krieges auf das Auftreten von Haut- und Geschlechtskrankheiten. W. kl. W., 1917, Nr. 26. — 12. Oppenheim, M., Zur Statistik der Geschlechtskrankheiten im Kriege und im Frieden. W. m. W., 1916, Nr. 26. — 13. Pezzoli, C., Statistisches über Haut- und Geschlechtskrankheiten im Krieg und Frieden. W. m. W., 1917, Nr. 20. — 14. Scholtz, W., Verbreitung, Bekämpfung und Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege. D. m. W., 1915, Nr. 25. — 15. Stein, R. O., Der Einfluß des Krieges auf die Verbreitung der venerischen Affektionen auf die Zivilbevölkerung. W. m. W., 1916, Nr. 28. — 16. Török, Über die Ausbreitung der Syphilis in der männlichen Zivilbevölkerung Budapests während des Krieges. Arch. f. Derm., 1917, Bd. 124, H. 1.

Digitized by Google

VI.

Maßnahmen gegen die Verseuchung des Heimatsgebietes, besonders zur Zeit der Demobilisierung.

Die Gefahr einer Verseuchung des Heimatgebietes, bzw. einer vermehrten Bedrohung bisher weniger durch Geschlechtskrankheiten gefährdeter Volkskreise, ließ zahlreiche Vorschläge an die Öffentlichkeit treten, die sich auf die mit einem Schlage zu erwartende Entlassung des größten Teiles der Millionenheere stützten und mit der Möglichkeit oder richtiger Wahrscheinlichkeit rechneten, daß sich darunter zahlreiche nicht ausgeheilte Geschlechtskranke befinden würden. Hecht (13) ist der Ansicht, daß die bisherigen halben Maßnahmen die Infektionsgefahr nicht vermindert haben und daß, um einer Verseuchung nach dem Kriege vorzubeugen, private und wirtschaftliche Interessen jeglicher Art hinter den gesundheitlichen Interessen der Allgemeinheit zurücktreten müssen. Je länger sich der Krieg ausdehnte, um so mehr ergab sich die Notwendigkeit, diesen Maßnahmen schon früher näher zu treten, da ein dauernder Verkehr zwischen Heer und Heimatgebiet gar nicht zu vermeiden war. Am radikalsten ist die Forderung Hechts (12), Syphilitikern, die während der Dienstzeit angesteckt sind oder sich in den ersten Jahren ihrer Erkrankung befinden, unter keinen Umständen Heimatsurlaub zu gewähren; auch die DGBG (7) fordert die Urlaubsverweigerung für venerisch Infizierte, wobei nicht ganz klar ist, wie weit dieser Begriff gefaßt wird. Sie fordert ferner in Übereinstimmung mit dem Erlaß des Preußischen Kriegsministeriums [Kaufmann (17)], daß die Urlaubserteilung von einer genauen Untersuchung abhängig gemacht wird, die, soweit die dienstlichen Interessen es gestatten, auch auf die jüngeren Offiziere ausgedehnt werden soll. In gleichem Sinne hatten sich auch Finger (10) und Blaschko (1) ausgesprochen. Fränkel (11) geht noch einen Schritt weiter, indem er besonders im Hinblick auf die Gefährdung von Ehefrauen durch gonorrhoisch erkrankte Ehemänner eine Quarantäne anregt, ein Gedanke, der um so mehr Beachtung hätte verdienen sollen, als bei den oft tagelangen Reisen von entfernten Fronten nach der Heimat reichlichst Gelegenheit zu Infektionen bei Soldaten gegeben ist, die bei der Untersuchung vor Antritt des Urlaubs gesund befunden worden waren.

Den Urlaubern stehen die während des Krieges bereits aus irgend einem Grunde aus dem Heeresverbande Entlassenen gleich; es sollte daher nach Hützer (16) niemand entlassen werden, der nicht, und zwar so genau wie möglich, auf Geschlechtskrankheiten untersucht ist, wie es auch der Erlaß des preußischen Kriegsministeriums anordnet, wobei es dem Ermessen der stellvertretenden Generalkommandos vorbehalten bleiben soll, ob und inwieweit dies gegenüber Offizieren durchführbar sei. Als

Digitized by Google

Besonderheit hebt Pautrier (21) aus der von ihm in Bourges eingerichteten großen Zentralabteilung für Geschlechtskranke hervor, daß die im kontagiösen Stadium dort befindlichen Kranken keinen Ausgang in die Stadt haben, eine Bestimmung, die unserer Ansicht nach wohl von allen, die auf dem Standpunkt einer zwangsweisen Lazarettbehandlung stehen, für selbstverständlich gehalten werden sollte.

Fränkel (11) zieht neben der bereits erwähnten Quarantäne auch den Behandlungszwang in Frage, der ja für die Heeresangehörigen, soweit ihre Erkrankung vorschriftsmäßig gemeldet wird, besteht, den aber Block (3) ganz allgemein eingeführt sehen möchte. Diese Maßnahme, die für die nach dem Kriege zu erwartende Neuordnung der ganzen großen Frage der Geschlechtskranken-Fürsorge schon von mehreren Seiten ins Auge gefaßt war, hält er infolge der Länge des Krieges schon jetzt für erforderlich, und zwar soll der Erkrankte der Behandlung unterworfen bleiben, bis der Arzt ihn für nicht mehr ansteckungsfähig erklärt, bei Wechsel des Arztes soll eine gegenseitige Mitteilung zwischen den Ärzten, bei Fortbleiben aus der Behandlung eine Aufforderung an den Kranken und, falls dieser nicht Folge geleistet wird, nach 14 Tagen Meldung an den beamteten Arzt erfolgen.

In wesentlich vermehrtem Maße wird es sich bei der Demobilisierung darum handeln, erkrankte Personen vom Heimatsgebiet fernzuhalten; dazu ist es natürlich erforderlich, alle zu dem betreffenden Zeitpunkt Kranken bzw. noch Infektionsgefährlichen festzustellen. Für diesen Zweck am naheliegendsten wäre eine allgemeine Untersuchung aller zu Entlassenden, wie sie von Finger (9), Hecht (13) (auch Offiziere!), Sachs (23), und zwar durch Spezialärzte, für deren genügendes Vorhandensein schon jetzt durch entsprechende Ausbildung gesorgt werden müsse, und auch durch den Erlaß des Österreichischen Kriegsministeriums (34a) gefordert wird, nach dem die Verdächtigen einem Spital zur näheren Feststellung überwiesen werden sollen. Hecht (13) fordert bei Tripperresten Überweisung an eine spezialärztliche Untersuchungsanstalt, serologische Untersuchung aller nicht syphilitisch krank Gewesenen oder Gemeldeten. Hützer (16) verlangt, daß niemand entlassen werde, der nicht so streng wie möglich auf Gonokokken untersucht sei, und v. Zeissl (25) will bei jedem Krieger die WR und Reinkultur des Harnröhrensekretes vorgenommen sehen. Brück (5) unterscheidet zwei Gruppen, und zwar 1. alle im letzten Jahre an Gonorrhoe oder Ausfluß erkrankt Gewesenen, die auf jeden Fall einem Speziallazarett zur Untersuchung überwiesen werden sollen; 2. alle anderen Leute, die nach zweitägiger morgendlicher Untersuchung für den Fall ins Lazarett kommen, daß sich Sekret zeigt oder der Urin nicht klar ist. Im Lazarett werden alle Überwiesenen fachärztlich untersucht, und wenn

Digitized by Google

sich zweimal nur geringes epitheliales, schleimiges Sekret bzw. entsprechende Flocken finden, entlassen; die übrigen erhalten zur Provokation 1 ccm Arthigon intramuskulär, werden an den beiden folgenden Tagen morgens mikroskopisch untersucht, erhalten bei negativem Befunde 2 ccm, werden wieder zweimal untersucht und nach wieder negativem Befunde entlassen, so daß für die Untersuchung sechs Tage erforderlich sind. Moldovan (19) hält die allgemeine Durchmusterung bei der Demobilisierung für überflüssig bei rechtzeitiger Behandlung und Aufdeckung verheimlichter Fälle.

Wenn man wie die DGBG (7) die technischen Schwierigkeiten für zu groß hält, um alle Kriegsteilnehmer zu untersuchen, und sich mit ihr und Blaschko (2) auf die erkrankt gewesenen beschränkt, so muß man sich darüber klar sein, daß man diese bei weitem nicht vollständig erfassen wird, da sie der Militärbehörde sicher nicht in vollem Umfange bekannt sind. Um alle untersuchen zu können, hält Horn (15) die Schaffung einer Zentralnachweisstelle aller venerisch erkrankt gewesenen Krieger für erforderlich, doch hätte dann, wie Schiffmann (24) richtig bemerkt, von Anfang an eine Liste aller Erkrankten geführt werden müssen, was jetzt nicht mehr nachzuholen sei. Auch Brandweiner (4) hatte vorgeschlagen, alle auf Grund schon während des Krieges geführter Listen als erkrankt bekannt Gewordenen an Spezialanstalten zur Beobachtung zu überweisen. Den erkrankt gewesenen Heeresangehörigen die im Felde beschäftigt gewesenen Post- und anderen Beamten gleichzustellen, wie die DGBG (7) vorschlägt, ist jedenfalls berechtigt. Finger (10) glaubt auch, daß es nicht durchführbar sein wird, bei der gesamten Mannschaft die WR vorzunehmen, wünscht jedoch eine allgemeine klinische Untersuchung, sowie eine speziellere in fraglichen Fällen. Alle an Syphilis erkrankt Gewesenen müssen jedoch nach Blaschko (1) und Horn (15) der WR unterworfen werden. Letztere beiden Autoren verlangen auch eine Untersuchung aller an Gonorrhoe erkrankt Gewesenen auf Infektiosität, wozu jedoch nach Horn (15) die einfachen Untersuchungsmethoden nicht genügen, vielmehr seien provokatorische Reizungen erforderlich. Zu diesem Zwecke sollen sie nach Reiter (22) geeigneten Untersuchungsstellen zugeführt werden; sie erhalten daselbst nachmittags 1 ccm polyvalente Vakzine, zeigt sich am nächsten Morgen nichts, so werden sie entlassen, sind sie klinisch verdächtig oder zeigen sich Erscheinungen mit negativem mikroskopischem Befunde, so erhalten sie nochmals 2 ccm; bei wiederum negativem Befunde Entlassung. Es muß bei diesen Untersuchungen jedoch beachtet werden, daß Bruck (5) die Gonokokken bisweilen erst am zweiten, Heller (14) sogar erst am dritten Tage auftreten sah.

Digitized by Google

Die so als erkrankt oder noch nicht geheilt befundenen Personen werden nach denselben Grundsätzen zu bewerten sein, die im Abschnitt IV zur Sprache gekommen sind, nur daß die mit einer Behandlung verbundene Beeinträchtigung des Dienstes im Augenblick der Demobilisierung nicht mehr in Frage kommt, es sich hier vielmehr um eine Kollision mit wirtschaftlichen Interessen handeln könnte. Blaschko (1, 2) verlangt Behandlung für alle Behandlungsbedürftigen sowie Zurückhaltung aller Infektiösen in Lazaretten, Sachs (23) Überweisung aller akuten Fälle ins Spital. Hecht (13) dehnt den Behandlungszwang im Lazarett bis zur Ausheilung außer auf die geschlechtskrank Befundenen oder Gewesenen auch auf diejenigen aus, bei denen ohne Anamnese oder körperliche Spuren überstandener Syphilis sich positive Wassermann-Reaktion findet, soweit sie nicht etwa Malaria gehabt haben. Das Österreichische Kriegsministerium (8) ordnet an, Erkrankte erst nach Spitalsbehandlung zu entlassen, Lues latens soll behandelt werden, wenn die letzte Kur länger als drei Monate zurückliegt. Die zwangsweise Zurückhaltung an ansteckenden Erkrankungen leidender Militärpersonen bis zur Heilung wird in Deutschland durch einen in Vorbereitung befindlichen Gesetzentwurf angestrebt [Parlamentsberichte (20)]. Frisch erkrankte und bei der Provokation als noch ungeheilt befundene Gonorrhoiker wollen Bruck (5) und Reiter (22) bis zu der durch Provokation einwandfrei nachgewiesenen Heilung im Lazarett behandeln. Die DGBG (7) verlangt, alle noch ansteckungsfähig befundenen Soldaten und möglichst auch Beamten bis zur Heilung festzuhalten, eventuell zur Okkupation zu verwenden; sie verzichtet also auf die Lazarettbehandlung, und es würden dadurch unter Umständen mehr Gesunde zur Entlassung kommen können.

Personen, die zwar nicht mehr infektiös, jedoch noch nicht geheilt sind, will Blaschko (1) entlassen, aber einer weiteren Beobachtung und der Verpflichtung einer eventuell erforderlichen Behandlung unterwerfen, für die nach der Forderung der DGBG (7) sofort nach der Rückkehr Gelegenheit gegeben werden muß. Hecht (13) will alle behandelten oder erkrankt gewesenen Syphilitiker auch gegen ihren Willen einer Fürsorgestelle überweisen und mehrere Jahre unter Kontrolle halten. Staatlicherseits ist bisher vom Österreichischen Kriegsministerium (8) angeordnet worden, daß die Namen aller entlassenen Syphilitiker der Heimatsbehörde zwecks Überwachung vertraulich mitgeteilt werden, das Preußische Kriegsministerium [Kaufmann (17)] meldet die Versicherungspflichtigen den Landesversicherungsanstalten, jedoch nur mit ihrem Einverständnis, in Bulgarien bleiben nach Mitteilung von Kayser-Petersen (18) die Geschlechtskranken noch einige Zeit unter Kontrolle. Obgleich die Geschlechtskrankheiten auf eigenem Verschulden beruhen, will Brunn (6)

Digitized by Google

sie vom Standpunkt der Fürsorge aus als Kriegsbeschädigungen angesehen wissen. In welcher Weise eine weitere Fürsorge nach dem Kriege durch Beratung, Beobachtung und Behandlung zweckmäßig zu erreichen sein wird, bedarf einer besonderen Besprechung im Zusammenhange mit sonstigen bevölkerungspolitischen Maßnahmen. Zunächst ist für den Schutz des Heimatsgebietes gegen Verseuchung schon viel geschehen, wenn es gelingt, möglichst alle Erkrankungen während des Krieges und bei der Demobilisierung zur Kenntnis zu bringen und gestützt auf die modernen Untersuchungsmethoden wenigstens keinen noch infektiösen Fall zur Entlassung kommen zu lassen.

Literatur.

1. Blaschko, A., Welche Aufgaben erwachsen dem Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten aus dem Kriege? Leipzig 1915. — 2. Blaschko, A., Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege. Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1915, Nr. 19. — 3. Block, F., Behandlungszwang für Geschlechtskranke. Zschr. f. Bek. d. Geschlechtskrkh., 1917, Bd. 18, Nr. 1. — 4. Brandweiner, Zur Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. W. kl. W., 1915, Nr. 41. — 5. Bruck, C., Über die Bedeutung provokatorischer Arthigoninjektionen für die Kontrolluntersuchungen bei der Demobilisierung. M. m. W., 1917, Nr. 33, Feld-Beil. — 6. Brunn, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei den Kriegsteilnehmern. Die Kriegsbeschädigtenfürsorge, 1916, Nr. 5. — 7. Deutsche Gesellschaft für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (DGBG), Ausschußsitzung 18. IV. 1915. Derm. W., 1915, Bd. 60, S. 550. — 8. Erlaß des Österreichischen Kriegsministeriums betr. Behandlung geschlechtskranker Soldaten. D. m. W., 1917, Nr. 4. — 9. Finger, E., Die Geschlechtskrankheiten und der Krieg. W. kl. W., 1914, Nr. 45. — 10. Finger, E., Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten durch den Krieg und deren Bekämpfung. W. kl. Rdsch., 1916, Nr. 7—10. — 11. Fränkel, L., Sexuelle Gefährdung der Frau durch den Krieg. Zschr. f. Bek. d. Geschlechtskrkh., 1916, Bd. 17, H. 7. — 12. Hecht, H., Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. W. kl. W., 1916, Nr. 51. — 13. Hecht, H., Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei der Abrüstung. W. kl. W., 1916, Nr. 14. — 14. Heller, J., Über die Provokation von Gonokokken durch intravenöse Einspritzungen von Gonokokkenvakzinen. M. m. W., 1917, Nr. 22, Feld-Beil. — 15. Horn, M., Demobilisierung und Geschlechtskrankheiten. W. m. W., 1916, Nr. 47. — 16. Hützer, Die Beratungsstellen für Geschlechtskranke. M. m. W., 1916, Nr. 35. — 17. Kaufmann, Krieg, Geschlechtskrankheiten und Arbeiterversicherung. Berlin 1916. — 18. Kayser-Petersen. Bulgarisches zur Frage der Geschlechtskrankheiten. M. m. W., 1917, Nr. 19, Feld-Beil. — 19. Moldovan, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei der Armee im Felde. Feldärztl. Tagung b. d. k. k. 2. Armee. Lemberg, Februar 1917. (Ref. D. m. W., 1917, Nr. 14.) — 20. Parlamentsverhandlungen: Reichstagsausschuß für Bevölkerungspolitik (Elster, A., Chronik der sozialen Hygiene. Öff. Gesundheitspflege, 1917, Bd. 2, H. 9.) — 21. Pautrier, Über die allgemeine Organisation der Militärspitäler für Venerische und die angegliederten Abteilungen. Ann. de Derm. et de syph., 1916, Nr. 5. (Ref. Derm. Zschr., Bd. 24, H. 8.) — 22. Reiter, H., Kann eine Verbreitung der Gonorrhoe und der hiermit verknüpfte Geburtenrückgang nach Friedensschluß eingeschränkt werden? D. m. W., 1917, Nr. 22. — 23. Sachs, O., Vorschläge betreffend die Bekämpfung der venerischen Erkrankungen unmittelbar nach dem Kriege. W. kl. W., 1915, Nr. 25. — 24. Schiffmann, J., Zur Frage der Bekämpfung der Geschlechts-

Digitized by Google

krankheiten im Kriege. W. kl. W., 1916, Nr. 2. — 25. v. Zeissl, M., Die Syphilisbehandlung zur Kriegszeit und was soll nach Friedensschluß geschehen, die Zivilbevölkerung vor der Infektion durch venerisch krank Heimkehrende zu schützen. B. kl. W., 1916, Nr. 2.

VII.

Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nach dem Kriege nebst Neuregelung des Prostitutionswesens.

Eine Festlegung der Grundsätze für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten konnte schon vor dem Kriege nur eine Frage der Zeit sein; durch den Krieg ist die praktische Bedeutung des Gegenstandes in das richtige Licht gerückt und die Notwendigkeit erkannt worden, baldigst eine feste Grundlage zu schaffen, um schon beim Friedensschluß allen aus den großen Umwälzungen sich ergebenden Möglichkeiten wohlgerüstet gegenüberzustehen. Im Deutschen Reichstage hat sich der Ausschuß für Bevölkerungspolitik (29a) eingehend mit der Frage beschäftigt, und es sind als Ausfluß seiner Beratungen Anträge angenommen worden, die darauf hinzielen sollen, auf gesetzlichem Wege eine Überwachung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, eine Bestrafung des Geschlechtsverkehrs wissentlich geschlechtskranker Personen, eine stärkere Heranziehung der Krankenkasseneinrichtungen und der Lebensversicherungsanstalten, lückenlose Meldung geschlechtskranker Versicherter an die Landesversicherungsanstalten unter Einschränkung der ärztlichen Schweigepflicht und Ausbau der von diesen geschaffenen Beratungsstellen zu Einrichtungen für die Gesamtbevölkerung herbeizuführen. Eine sorgsame Statistik der Geschlechtskrankheiten sowie die Aufnahme der Haut- und Geschlechtskrankheiten als pflichtmäßiges Prüfungsfach in die ärztliche Staatsprüfung sind weitere grundlegende Forderungen. Im Zusammenhange mit diesen Erörterungen mußte auch die Frage, ob und nach welcher Richtung hin im Interesse der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten eine Neuregelung des Prostitutionswesens zweckmäßig erscheinen könne, behandelt werden.

Der Wunsch, möglichst alle Geschlechtskranken einer geordneten Behandlung zuzuführen und in dieser bis zur vollendeten Heilung zu halten, ist ein allgemeiner, ebenso die Überzeugung, daß die Verwirklichung dieses Wunsches nach dem Kriege mit Rücksicht auf die durch den Krieg in so hohem Maße veränderten Lebensverhältnisse und Lebensbedingungen großer Volkskreise und das vermehrte Interesse des Staates an der gesundheitlichen Ertüchtigung seiner Bürger eine bevölkerungspolitische Notwendigkeit darstellt, hingegen gehen über die Wege zur Erreichung dieses Zieles die Ansichten noch weit auseinander.

Digitized by Google

Übereinstimmung herrscht über einzelne grundlegende Punkte, so über die sehr verbesserungsfähige ärztliche Ausbildung und Fortbildung, für die neuerdings besonders Kirchner (22), Neisser (28), Uhlenhuth (37) eintreten, über die Notwendigkeit eines Kurpfuscher- und Annoncierverbotes, das während des Krieges auf dem Verordnungswege seitens verschiedener hoher Militärbehörden durchgeführt wurde, dem Finger (10) das Verbot der Ankündigung von Mitteln zur Selbstbehandlung zufügt; den Apothekern scheint hierdurch etwas ungemütlich zu werden, wenigstens wird ihnen in einem Artikel der Pharmazeutischen Zentralhalle (1915, Nr. 34) mit Rücksicht auf einige Verordnungen große Vorsicht anempfohlen, ein reines Verkaufsgeschäft, wie es zulässig sei, sollten sie nur annehmen, wenn der Käufer ohne Bezugnahme auf eine Krankheit ein genau benanntes Arzneimittel verlange, und die Anfertigung (auch älterer) von nicht approbierten Personen ausgestellter Rezepte, sofern sie zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten dienten, lieber ablehnen. Diesen Erfolg auch nach dem Kriege festzuhalten, wäre sicher erwünscht.

Von allgemeinen Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten kommt die Möglichkeit unentgeltlicher Behandlung [Blaschko (1), Uhlenhuth (37)] in Betracht, Finger (10) schlägt für ländliche Bezirke Wanderärzte vor. Zur Verhütung weiterer Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten, die nach dem Kriegsende drohend ist, hält Hecht (16) ein Gesundheitsattest bei der Eheschließung, Trumpp (36) ein Eheverbot bei Geschlechtskrankheiten für unbedingt nötig; zur Eheschließung soll eine staatlich-ärztliche Erlaubnis erforderlich sein, Untersuchung durch „Eheberater", zu denen Ärzte und Ärztinnen durch ein Examen werden können.

Jesionek (19) führt im Anschluß an eine Besprechung des Erlasses des Preußischen Kriegsministeriums vom 14. VII. 1915 aus, daß eine wirkliche Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten leicht wäre durch ein Gesetz, welches manifest venerisch Erkrankte aus dem Verkehr ausschaltet und bis zur Wiederherstellung staatlich organisierter Behandlung und Beratung unterstellt.

Blaschko (2) beschränkt die Beaufsichtigung auf Personen beiderlei Geschlechts, die durch ihr öffentliches Verhalten verdächtig oder einem zu errichtenden „Gesundheitsamt" angezeigt sind; sie haben diesem einen Gesundheitsnachweis und, falls sie krank sind, den Nachweis regelmäßiger Behandlung zu liefern, nur wenn dies nicht befolgt wird, soll Zwangsbehandlung eintreten.

Dreuw (5, 6, 7) vertritt in zahlreichen Veröffentlichungen seinen Plan eines „statistischen Gesundheitsamtes", dem von den behandelnden Ärzten sämtliche Kranken zu melden und von diesen wöchentliche

Digitized by Google

Bescheinigungen über die Behandlung einzureichen sind; dieses System soll den Vorzug haben, alle Ärzte zu beteiligen, eine genaue Statistik, genügend durchgeführte Behandlung, Beobachtung, Beschränkung der Ansteckungsmöglichkeiten zu erzielen, dem Kranken die Möglichkeit zu geben, sich von dem Arzte seines Vertrauens behandeln zu lassen und den Arzt jederzeit wechseln zu können. Hiergegen wendet sich Stern (34), der, indem er die Frage der Anzeigemöglichkeit für gewisse Fälle offen läßt, die allgemeine Anzeigepflicht für undurchführbar, schädlich und für den Ärztestand gefährlich hält, dessen unlautere Elemente dadurch begünstigt würden; viele, gerade bessere Kreise, würden dadurch abgeschreckt werden, zum Arzt zu gehen, die Kurpfuscherei würde zunehmen. Er erblickt auch große Schwierigkeiten in der Ausstellung der Atteste (nicht immer würde die richtige Diagnose gestellt oder mitgeteilt werden), besonders beim Wechsel des Arztes und der Feststellung der Heilung.

Schild (31) verwirft gleichfalls die Vorschläge von Dreuw; er wünscht Anmeldung beim Kreisarzt, außerdem vierteljährliche Berichterstattung der Ärzte über die Behandlung ihrer Geschlechtskranken.

Neisser (28) macht für die allgemeine namentliche Meldung ein strenges Kurpfuscherverbot und die Schaffung eines auch mit der Überwachung der Geschlechtskranken betrauten Gesundheitsamtes, nicht polizeilichen, sondern ärztlich- sanitären Charakters, das das Recht haben müßte, Kranke, die sich gemeingefährlich verhalten, zu verwarnen und eventuell einer sanitären Kontrolle zu unterstellen, zur Voraussetzung.

Während v. Zumbusch (39) und v. Zeissl (38) für den Meldezwang eintreten, wird er von Kirchner (22) und Lesser (25) entschieden verworfen, der recht bedenkliche Folgen davon befürchtet; doch wird ein Anzeigerecht des Arztes von Hübner (17) und Finger (10, 11) für gewisse Fälle, besonders bei Gefährdung der Umgebung, befürwortet. In diesem Sinne ist auch durch § 4 der Lübecker Medizinalordnung [zitiert nach Ebermeyer (8)] jeder Arzt gehalten, dem Medizinalamt die Geschlechtskranken anzuzeigen, falls durch ihr Verhalten oder ihre Berufstätigkeit Umgebung oder Publikum gefährdet erscheint. Finger (10, 11) wünscht auch einen Untersuchungszwang für verdächtige Personen, wie er in Dänemark besteht.

Ebenso wie für den Meldezwang treten Zumbusch (39), v. Zeissl (38) und auch Block (3) auch für den Behandlungszwang ein, den Finger (11) in der Weise empfiehlt, wie er in Dänemark gehandhabt wird, Lesser (25) verwirft ihn ebenso wie Neisser (28), der die gesetzlichen Handhaben für ihn vermißt, nachdem die im Regulativ von 1835 gegebene Möglichkeit durch das Seuchengesetz aufgehoben sei; eine gewisse Aussicht biete die Heranziehung der §§ 1372 und 529 der RVO, wonach die Invaliden-

Digitized by Google

rente versagt werden kann, wenn der Kranke sich dem Heilverfahren entzogen hat, und der Krankenkassenordnungen, durch die Strafen festgesetzt werden können für Kranke, die die Anordnungen des Arztes übertreten.

Die Fragen der Zwangsmeldung und Zwangsbehandlung haben ein erhöhtes Interesse gewonnen mit der Einrichtung der im ganzen Reiche zunächst für entlassene Kriegsteilnehmer geplanten, sehr bald jedoch auf weitere Kreise der Bevölkerung ausgedehnten Beratungsstellen.

Zwar hatte die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte bereits am 1. Januar 1914 in Hamburg eine Fürsorgestelle für syphilitisch Erkrankte ins Leben gerufen, über die Hahn (13, 14) berichtet und die nach seiner Ansicht bereits im ersten Jahre durch Anordnung von über 1000 Kuren bei Patienten, die sonst niemals zum Arzt gegangen wären, gute Erfolge erzielt hat. Die Tatsache, daß ein großer Prozentsatz der Geschlechtskranken, zum Teil infolge der mangelnden Kenntnisse der Ärzte über die Notwendigkeit wiederholter Kuren, nicht bis zur völligen Heilung behandelt wird, war für Neisser (28) einer der Hauptgründe, sich für die Einrichtung der Beratungsstellen einzusetzen; daß er den Prozentsatz der ungenügend behandelten Syphilitiker auf Grund einseitiger Statistik viel zu hoch annimmt, wenn auch sicherlich eine wesentliche Verringerung der noch immer bedauerlich großen Zahl ungeheilter Syphilitiker erzielt werden könnte, glaubt Ref. (26) an anderer Stelle nachgewiesen zu haben. (Schluß folgt.)

Aus dem Res.-Lazarett Speyer (Chefarzt: Oberstabsarzt Dr. Straub).

Zur Trichophytiefrage.

Von

Dr. P. Unna jr.,

Stabsarzt d. R., leit. Arzt d. Haut- u. Geschlechtsstation Speyer.

Der verdienstvollen Anregung von Prof. Galewsky folgend, teile ich kurz meine Erfahrungen über Trichophytie mit.

Als leitender Arzt eines größeren Hautlazaretts im Westen Deutschlands hatte ich Gelegenheit, eine große Menge von Trichophytiekranken zu beobachten und zu behandeln. Diese kamen teils vom westlichen Kriegsschauplatz, teils aus den Garnisonen und in letzter Zeit in erhöhtem Maße aus den größeren Städten der Pfalz.

Von einer Häufung von Epidermophytien (Ekzema marginatum) kann man meines Erachtens nicht reden; diese Fälle treten bei uns wenigstens sporadisch auf und kommen bezeichnenderweise mehr in chirurgischen Lazaretten vor, wo bei lange bettlägerigen Kranken unter feuchten Verbänden und Dauerverbänden und bei Kranken, die Heißluft- oder Badekuren durchmachen, sich sowohl Ekzema marginatum- wie Erythrasma-Fälle zeigen. Leider fehlt uns ein bakteriologisches Laboratorium, welches für die

Digitized by Google

mykologischen Untersuchungen in ausreichender Weise eingerichtet ist. Für die militärärztlichen Zwecke ist das ja auch nicht unbedingt erforderlich. Wir halfen uns mit der mikroskopischen Diagnose der Untersuchung mit 40—50%iger angewärmter Kalilauge. In schwierigen Fällen hat sich uns, ebenso wie Galewsky, die Kultur in der Plautschen Kammer vortrefflich bewährt. In Ermangelung der notwendigen Anzahl von Petrischalen haben wir die Objektträger auf feuchte Zellstoffwatte in blechernen Zigarettenschachteln gelagert und in dem Baderaum des Lazaretts, der über die notwendige gleichmäßige Temperatur verfügt, die Pilze angereichert. Bei dieser Gelegenheit sei darauf hingewiesen, daß die Auffindung eines deutschen „Probenährbodens", der uns von dem Milieu d'epreuve der Franzosen emanzipiert, ein dringendes Bedürfnis und eine patriotische Tat wäre.

Was die Verbreitung der Erkrankung anbelangt, so habe ich wiederholt Infektionen von Wärterpersonal erlebt und kann die Ausführungen Galewskys über die Schwierigkeit, die Flechten wirksam zu bekämpfen und zu verhindern, in allen Punkten unterschreiben. Auffällig ist die Schnelligkeit, mit der manchmal der kaum sichtbare erste Fleck sich in wenigen Stunden zu ausgedehnten Plaques vergrößert. Es scheint die Virulenz der Pilze in manchen Fällen im Beginn eine sehr große zu sein, um rasch abzunehmen, während in anderen Fällen jede Reizung der Haut eine neue Ausbreitung nach der Tiefe und der Fläche zu und Aussaat über den Körper mit sich zieht. Den Ausführungen Galewskys über den Infektionsmodus habe ich wenig hinzuzufügen.

Die Möglichkeit der Übertragung auf Frauen und Kinder beweist schon, daß die Friseure nicht die einzige Quelle der Ansteckung sind. Infektion mit Gasmasken wurde mehrfach als Infektionsquelle angegeben, ebenso der Gebrauch von Kleidungsstücken, gemeinsamen Handtüchern und das Liegen in denselben Unterständen mit Bartflechtenkranken. Das gemeinsame Übel bei all diesen Infektionsquellen ist der Mangel an Reinlichkeit, ein notwendiges Übel des Feldkrieges, und den Friseuren wird wohl viel zur Last gelegt, was in Wirklichkeit gar nicht ihre Schuld ist. Immerhin ist zu einer wirksamen Prophylaxe eine rigorose Überwachung der Friseurstuben unbedingt notwendig. Eine Vermehrung derselben und Einrichtung von Spezialfriseuren für Bartflechtenkranke (Galewsky a. a. O.) ist dringend wünschenswert. Zum mindesten ist zu fordern, daß jede Kompanie, Batterie usw. ihre eigenen Friseurstuben unterhält. Als gutes Desinfektionsmittel hat sich mir früher das Grotan (von Schülcke & Mayer) sehr gut bewährt. Ein gutes, obligatorisches Merkblatt für sämtliche Friseurstuben der Heimat und des Operations- und Etappengebietes wäre zu fordern; noch mehr ist aber von Gesundheitsbesichtigungen und Belehrung der Offiziere und Mannschaften für die Vorbeugung der Pilzerkrankungen Gutes zu erwarten. Die Gesundheitsbesichtigung könnte am besten mit den 14tägigen Gesundheitsbesichtigungen verbunden werden. Hierbei wären besonders die Abkommandierten und Pferdewärter und die Kolonnen und kleineren Detachements zu berücksichtigen, die häufig besonders zur Verbreitung der Mykosen und zur Verschleppung der Krankheit beitragen.

Leichtere Trichophytiefälle wären meines Erachtens in besonderen Sammellazaretten für Leichtkranke zu behandeln, in der Heimat im Revier des Truppenteiles. Vor allem ist es wünschenswert, daß für sämtliche Truppen- usw. Ärzte ein geeignetes, womöglich mit Bildern in natürlichen Farben versehenes Merkblatt ausgearbeitet wird, in dem die Behandlungsmethoden genau besprochen werden. Dadurch sollte der nicht spezialistisch gebildete Militärarzt in den Stand gesetzt werden:

1. die leichtesten Fälle ambulant zu behandeln (im Revier) und
2. durch prophylaktisches Eingreifen das Zustandekommen von Epidemien zu verhindern.

Digitized by Google

Dadurch, daß manche Kollegen auch die leichtesten Fälle von oberflächlichen Hauttrichophytien, die gewöhnlich mit 5—10%iger Jodtinktur anstandslos in einigen Tagen abheilen, in die Hautlazarette oder noch ungünstiger in nichtspezialistische Stationen schicken, werden diese über Gebühr belastet.

Heilt ein Trichophytiefall nicht binnen wenigen Tagen, sei es wegen seiner Virulenz oder Reizbarkeit, im Revier oder dem Sammellazarett ab, so ist er einem Spezial-lazarett zu überweisen.

Was nun die Behandlung betrifft, so waren wir mit unseren Resultaten im allgemeinen recht zufrieden. Allerdings hüteten wir uns von vornherein, durch schlechte Resultate im Anfang gewarnt, Reizungen hervorzurufen, wie wir seit 1915 besonders nach Naphthol, Chrysarobin, Pyrogallol und Teersalben, ferner nach zu starken Quarz- und Röntgendosen sahen.

Unsere Hauptbehandlung und Anfangsbehandlung besteht im folgenden. Bei den tieferen Formen: Umschläge mit 2—3%iger Resorzinlösung (in letzter Zeit mit warmer Resorzinlösung), bei den oberflächlichen: Jodtinktur-Pinselungen 2½—5—10%ig 2—5mal täglich; in jedem Falle methodische Epilation der Haare. Bei der Resorzinlösung sahen wir außerordentlich selten Reizungen, bei der Jodbehandlung ziemlich selten. Auch von Umschlägen mit essigsaurer Tonerde, verdünnter Permanganatlösung und anderen Desinfizientien sahen wir recht Gutes.

Spiritusumschläge und Salbenverbände haben sich bei uns viel weniger bewährt. Auch sie wirken sicherlich in manchen Fällen rasch und günstig, aber sehr häufig kommen Reizungen und damit Verschlimmerungen vor. Besser als Salben wirken infolge der fixierenden und mildernden Puderwirkung meines Erachtens Pastengrundlagen.

Auch von Pudern, z. B. Resorzinpuder 5%ig, habe ich gute Erfolge gesehen. Abszesse werden bei uns mit Spitzpaquelin ein um den anderen Tag gestichelt, bei raschem Operieren ein relativ schmerzloses Verfahren.

Die Epilation geschieht täglich durch die Krankenwärter und besonders ausgebildete Hilfskrankenwärter (Patienten). Auf eine möglichst intensive Epilation ist der größte Wert zu legen. Trichophytin stand mir leider nicht zu Gebote, ebensowenig die übrigen allergischen Behandlungsmethoden.

Was nun die Behandlungsdauer betrifft, von der Galewsky nicht spricht, so war die Durchschnittsdauer der oberflächlichen Formen im allgemeinen schätzungsweise 2—4 Wochen, bei den tiefen, knotigen Formen 2—3 Monate.

Wenn man in Betracht zieht, daß eine Röntgenbehandlung, die doch immer ein gewisses kosmetisches Risiko mit sich bringt, gering gerechnet auch 6—8 Wochen dauert, so kann man meines Erachtens damit zufrieden sein. Bei sehr reizbaren Fällen, die zu bretthartem Ödem der ganzen Kiefergegend mit derber Knotenbildung (Galewsky, a. a. O. S. 151) geführt haben, kommt allerdings auch eine weit längere Behandlungsdauer vor. Auch die Fälle, welche zu ausgedehnter, kavernenförmiger Abszeßbildung neigen, haben eine zweifelhafte Prognose.

Außer den derben starken Bärten der Landsturmleute (Galewsky, a. a. O. S. 152) tragen nach meiner Ansicht nicht selten schlechter Wille einzelner Patienten, zur Verschleppung und Verschlimmerung der Krankheit bei. Solche Leute sollte man grundsätzlich vor der Heilung niemals beurlauben.

Die schweren Fälle, sowie Fälle, bei denen Selbstverschlimmerung oder böser Wille vorliegt, sollten in besonderen Beobachtungsstationen vereinigt werden, welche unter Leitung der beratenden Dermatologen mit allen technischen und wissenschaftlichen Hilfsmitteln (mikroskopische und bakteriologische Einrichtung — physikalische Therapie usf.) sowie ausreichenden Isolierräumen auszustatten wären.

Digitized by Google

Versammlungen.

Außerordentliche Kriegstagung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft mit Beteiligung der Mitglieder der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 26. und 27. März 1918.

Originalbericht von Dr. Sprinz-Berlin.

In einer Zeit, wo an der Westfront die gewaltigsten Schlachten geschlagen werden und unsere Gedanken mit fieberhafter Spannung auf die kriegerischen Ereignisse gerichtet sind, die Fachgenossen zu einer wissenschaftlichen Tagung zu berufen, schien ein gewagtes Beginnen. Aber es zeigte sich, daß der Sinn für Wissenschaft, für Fortsetzung der Kulturarbeit unentwegt in uns allen rege geblieben ist. Alle, alle kamen von allen Teilen des deutschen Reiches. Auch der allverehrte Präsident Veiel hatte die beschwerliche Reise nicht gescheut. Von Wien war Riehl herbeigeeilt, um sich an der Aussprache über die von ihm als etwas Neues erkannte und jetzt im Vordergrunde des Interesses stehende **Melanose** zu beteiligen.

1. Blaschko gibt zu diesem Thema das einleitende Referat. Schuld an der melanotischen Verfärbung trage in vielen Fällen die mangelhafte Raffinierung der Öle und Teerprodukte; aber gewerbliche Schädigungen könnten nicht allein die Ursache sein. Früher habe man wohl Pigmentationen, Keratosen, Papillome und Karzinome beobachtet, aber niemals so ausgesprochene Melanosen. Es bleiben Fälle übrig, wo gewerbliche Schädigungen gänzlich auszuschließen seien. Für diese habe Riehl die interne Aufnahme toxischer Stoffe mit der Nahrung als Ursache angenommen. Das Bild sei der Pellagra verwandt. Die Verfärbung sei am stärksten an den dem Licht ausgesetzten Partien, aber auch an den bedeckt getragenen Stellen deutlich. Blaschko verweist auf die Streckungsmittel unseres Brotes, auf die betrügerischen Beimengungen und Ersatzstoffe unserer Nahrung, die wahrscheinlich die Träger toxischer, die Haut für Licht sensibilisierender Stoffe seien.

Riehl betont mit Nachdruck, daß alle Melanosen, bei denen gewerbliche Hautschädigungen zu eruieren sind, von der sogenannten Riehlschen Melanose abzutrennen sind. Riehl ist jetzt mit Untersuchung der Puffbohne beschäftigt, die als Brotzusatz eine Rolle spielt. In der Puffbohne sei ein Stoff enthalten, der dem Dopaferment Blochs nahesteht. Es sind noch reiche Erfahrungen zu sammeln und kritisch zu sichten.

Die weitere Diskussion klärt die Frage nicht mehr wesentlich. Der eine will Melanosen nie bei Soldaten, ein anderer nur bei Frauen gesehen haben, Arning nur im Klimakterium der Männer und Frauen, Riehl, Saalfeld auch bei Jugendlichen. Jadassohn weist auf das subjektive Wohlbefindeu der Kranken hin.

Scholz glaubt, daß der seborrhoische Zustand disponierend wirke; seine Fälle reagierten stark mit Pigmentierung auf Quarzbestrahlung. Ledermann erinnert an den von ihm jüngst vorgestellten Fall von Melanose, der sich an Lichen ruber anschloß. Rosenthal will diese Fälle ausgeschlossen wissen. Es müsse eine individuelle Disposition vorhanden sein. Pulvermacher schuldigt die Kriegseifen als causa peccans an. Arning erwähnt, daß unser heutiges Vaselin eigentlich gar kein Vaselin sei, sondern Paraffin in Petrolöl. Das Petrolöl rieche scheußlich, aber das schädliche Agens sei das Paraffin, weil es Kristallnadeln habe, während das Friedensvaselin kolloidal und glatt war.

2. Als nächstes Hauptthema der Tagesordnung gibt Buschke ein anschauliches Bild von der immer mehr anschwellenden **Pilzepidemie,** die gegenwärtig Deutschland befallen hat. Anfangs handelte es sich nur um das harmlose Ekzema marginatum. Durch geeignete prophylaktische und therapeutische Maßnahmen ist diese Dermatose fast ganz zum Schwinden gebracht. Demgegenüber hat die Trichophytie so zugenommen, daß heute die Hälfte aller Hautkranken an Bartflechte leidet. Die Epidemie hat von der Armee ihren Ausgang genommen. Numerisch steht das Trichophyton cerebriforme an der Spitze; aber auch andere Typen spielen eine Rolle, so das Trich. granulosum und das Trich. rosaceum. Von letzteren wissen wir genau, daß der Westen das Einfallstor gewesen ist. Vom Westen durch heimkehrende Mannschaften verschleppt, hat es auch die Zivilbevölkerung ergriffen. Massenhaftigkeit und Bösartigkeit der Fälle

Digitized by Google

machen energische Abwehrmaßnahmen notwendig. Die Ausbreitung der Epidemie ist anscheinend ziemlich gleichmäßig. Die Einrichtung spezieller Pilzlazarette ist anzustreben. Aufklärende Merkblätter und hygienische Maßnahmen in den Barbierstuben sind notwendig. Buschke sah überwiegend tiefe Formen; hier ist Röntgen sehr geeignet, weniger für die oberflächlichen. Röntgen fördert nicht nur die Epilation, sondern auch den Schwund der Infiltrate. Daneben ist manuelles Epilieren von Anfang an notwendig. Nur sehr hartnäckige Granulationstumoren sind zu exkochleieren; in ihnen findet man bisweilen Haare als Fremdkörper. Die Vakzine scheint diagnostisch spezifisch zu sein, therapeutisch macht sich Buschke davon keine Illusionen. Das Rasieren ist den Kranken streng zu untersagen. Im Gegensatz zu der zielbewußten Mithilfe der Militärbehörden bei der Bekämpfung der Epidemie stoßen unsere Maßnahmen bei der Zivilverwaltung auf Widerstand. Buschke verspricht sich bessere Fortschritte bei Erforschung der Mykosen durch Zusammenarbeiten von Ärzten und Botanikern in zentralen, mykologischen Forschungsinstituten.

Fischer gibt wertvolle Ergänzungen zu Buschkes Referat. Das Ekzema marginatum kam vielfach auf freien Körperflächen zur Beobachtung. Bettwärme und feuchte Umschläge begünstigen sein Entstehen; Desinfektion der Wäsche und Einschränken der feuchten Verbände sind Mittel zur Bekämpfung. Die Trichophytien stiegen von 2% der Hauterkrankungen der Männer bis zu 28%. Die einzelnen Trichophytonarten haben ihre bestimmte geologische Ausbreitung. Von Tiertrichophytien wissen wir noch sehr wenig. 1915 hatten wir viele Erkrankungen durch Pilze, die von Pferden stammten. Diese Art Erkrankungen ist durch Ausschaltung des alten Pferdematerials geschwunden. Das therapeutische Ziel muß sein, die Erkrankung in der oberflächlichen Form zu heilen. Die Haare sind schon bei den oberflächlichen Formen als infiziert anzusehen und in jedem Falle zu epilieren. Zur Erläuterung hatte Fischer Kulturen aller vorkommenden Trichophytonarten und mikroskopische Präparate ausgestellt.

Scholz hatte gute Erfolge mit dem Mischtrichophytin Hoechst. Die diagnostische Reaktion ist so gut wie spezifisch, nur Lupus reagiert mit. Tiefe Formen reagieren ausnahmslos positiv. Therapeutisch wählt man kleine Dosen von 0,1 in steigender Konzentration.

Veiel: Die Arbeiter widerstreben vielfach der Krankenhausbehandlung. Bei ambulanter Behandlung sind Resorzinschwefelpuder und Salizylspiritus zu empfehlen. Salben werden meist schlecht vertragen. Operatives Vorgehen erübrigt sich stets. Wo Leinsamen mangelt, genügen warme Borumschläge.

Galewsky hält die Gasmasken und die Wachmäntel der alten Landsturmleute für gefährliche Infektionsquellen. Ein allgemeines Rasierverbot stößt auf Schwierigkeit. Für die Barbierstuben stehen noch Kresolersatz und H_2O_2 als Desinfektionsmittel zur Verfügung. Viel Schuld an der Ausbreitung ist die Unkenntnis der Friseurlehrlinge. Galewsky fordert dermatologische Konsiliarii auch für das Feld und Aufklärung der Bevölkerung durch Vorträge und Merkblätter.

Blumenthal fand die Quarzlampe nur schädlich. In einzelnen Fällen ist die Aureollampe wirksam. Die Röntgenbestrahlung wirkt spezifisch auf den Krankheitsprozeß, wie sich an dem Mitanschwellen der nicht bestrahlten Knoten zeigt. Für die Sykosis profunda ist eine Tiefenbestrahlung notwendig. Das Immunisierungsverfahren erscheint deshalb aussichtsvoll, weil die Ausheilung der Trichophytien mit Hinterlassung von Immunität gerade auf diesen Weg verweist.

Jadassohn: Die eigentlichen Kerionfälle, in Breslau sehr selten, heilen prompt unter heißen Umschlägen. Häufiger sind die tief infiltrierenden Formen, wahrscheinlich durch Trich. cerebriforme bedingt. Sie stehen in der Mitte zwischen den humanen und den tierischen Formen. Die therapeutischen Erfolge sind bei den furunkuloiden Fällen viel schlechter. Einzelne, durch Trich. granulosum bedingte Fälle traten sehr akut, scharlachähnlich auf. Jadassohn betont die Schwierigkeit der Durchführung der Prophylaxe und Bekämpfung der Epidemie bei der Zivilbevölkerung.

Aus der noch folgenden Diskussion sei erwähnt, daß Bruhns die Wärmeanwendung mit elektrischen Heizkissen durchführt.

Hoffmann macht auf das Miterkranken des Schnurrbartes aufmerksam. Für die Rasierstuben ist Papierwäsche oder das Mitbringen eigener Wäsche empfehlenswert. Auch Sodalösung eignet sich zur Desinfektion.

Rosenthal weist darauf hin, daß der Herpes tonsurans nicht selten unter dem Bilde einer einfachen Impetigo contagiosa beginnt. Jodtinktur sei schädlich. Salizylspiritus wirke tiefer und färbe nicht. Recht nützlich sei die Massage der Knoten.

Digitized by Google

Delbanco hat an unser schmutziges kleines Papiergeld als Verbreitungsweg der Pilze gedacht.

Saalfeld bringt die Sublimatkataphorese in empfehlende Erinnerung.

F. Meyer lobt die Klingmüllerschen Terpentinölinjektionen, die er 20% und höher angewendet hat; erforderlich waren acht bis zwölf Injektionen.

Chajes meidet die Terpentinbehandlung wegen der schmerzhaften Infiltrate. Der Pilznachweis ist meist mühelos und in jedem Falle zu fordern. Chajes versucht jetzt den Abschluß des Herpes durch Sterilin, dem er die gewünschten Zusätze einverleibt.

Baer, Frankfurt a. M., sah gute Erfolge von Leukogen und Trypaflavin.

Klingmüller warnt, das Terpentin höher als 20% zu verwenden; er begnügt sich mit kleinen Dosen und braucht nicht mehr als zwei bis drei Injektionen.

Galewsky: Schwierig ist oft die Entscheidung, wann die Trichophytie als geheilt anzusehen ist. Rezidive sind häufig. In seinem Schlußwort stellt Buschke fest, daß nicht allzuviel Meinung für den therapeutischen Effekt der Vakzine zutage getreten sei.

Die Versammlung beschließt bei der Regierung vorstellig zu werden, daß wegen zunehmender Ausbreitung der Bartflechten sofortige behördliche Maßnahmen erforderlich seien.

3. Ledermann berichtet über einen Fall von **Aleppobeule** am Handgelenk. Heilung durch Exstirpation. Parasitenbefund positiv. Bemerkenswert war das Befallensein der Kubitaldrüsen Histologisch interessierte die starke Verbreiterung der Epidermis und das lymphozytäre Granulom in der Kutis mit Riesenzellen, das an Tbc. erinnerte.

Bettmann bestätigt die Schwierigkeit der histologischen Differenzierung. Ausschlaggebend sei allein der Nachweis des Erregers. Sehr geeignet dazu sind frische Ausstrichpräparate. Dagegen bemerkt Jadassohn, daß das histologische Bild bisweilen recht charakteristisch sei (hochgradige Epithelwucherung und eventuell Nachweis von Entwicklungsformen der Leishmannia in den Riesenzellen).

4. Jadassohn hat **Epitheliome am Rumpfe** beobachtet, die ganz flach aufsaßen und schwierig zu diagnostizieren waren, solange Ulzerationen fehlten. In dem einen Falle hatte die Kranke schon 20 Jahre lang bunt aussehende Flecke am Rumpfe, aus denen schließlich das Epitheliom hervorging. Histologisch fanden sich Basalzellenherde, umgeben von Spinalzellen, also intraepidermidal gelegen.

5. Bruhns gibt an Hand vortrefflicher Moulagen eine Darstellung des solitär auftretenden **Erythema migrans.**

Bettmann machte eine gleiche Beobachtung; interessant war das freilich nur vorübergehende Verschwinden des Erythems nach Quarzbestrahlung.

6. Brieger erörtert in einem zusammenhängenden Vortrage die **klinische Bedeutung** des von ihm zur Erkennung der Syphilis verwandten **Gerinnungsprozesses von Serum** und Blut durch Zusatz von Alkohol. Der Reaktion liegt die Tatsache zugrunde, daß eine Vermehrung der leicht fällbaren Eiweißkörper bei Syphilis festgestellt ist. Zum Nachweis des Gerinnungsphänomens erwies sich der Zusatz des stark reduzierenden Pyrogallols am zweckmäßigsten. Verwandt wird aktives, möglichst frisches Serum. Die Reaktion ist unspezifisch, aber anscheinend klinisch ein gutes Hilfsmittel. Die Ergebnisse decken sich nur teilweise mit der Wassermannschen Reaktion. Weitere umfangreiche Versuchsreihen sind erforderlich.

7. Die nun folgende Aussprache über die Frühbehandlung der Syphilis wird eingeleitet durch einen lichtvollen Vortrag Wassermanns über die verschiedenen **biologischen Stadien der Lues und deren Beziehungen zur Wassermannschen Reaktion.** Im Verlaufe jeder nicht behandelten Syphilis läßt sich mit Hilfe der Wassermannschen Reaktion feststellen, daß das Blut zunächst negativ reagiert, um später positiv zu werden. Wir haben also zwei Stadien, getrennt durch den Eintritt einer bestimmten Reaktion. Diese zwei Stadien sind die biologischen Grundstadien. Die Trennung ist nur durch die serologische Untersuchung möglich, nicht durch die klinische. Diese beiden Stadien sind grundlegend verschieden. Das Blut reagiert im Vor-Wassermann-Stadium noch absolut negativ; untersuchen wir jedoch das Reizserum im Vor-Wassermann-Stadium, so finden wir es schon positiv reagierend. Diese Tatsache lehrt, daß die positive Reaktion nicht im Blute entsteht, sondern im Gewebe. In der Vor-Wassermann-Zeit ist die Spirochäte noch ein mobiler Parasit auf der Wanderung, eine einfache Spirillose, noch keine im Gewebe verankerte. In der Nach-Wassermann-Zeit ist die Spirochäte zum metastatischen Gewebsbewohner geworden; das Gewebe hat darauf reagiert. Die Spirochäten haben sich an den Wirtsorganismus akklimatisiert. Diese Erkenntnis ist für die Therapie von ungeheurer Bedeutung. Ein Mensch, der im Vor-Wassermann-Stadium mit spirilloziden

Digitized by Google

Mitteln behandelt wird, bleibt mit 100% Wahrscheinlichkeit dauernd negativ und gesund; vorausgesetzt, daß die serologische Untersuchung ganz exakt gewesen ist. Je weiter wir uns vom Vor-Wassermann-Stadium entfernen, je länger wir der Spirochäte Gelegenheit geben, Gewebsspirochäte zu werden, desto schwieriger wird die Heilung, desto stabiler wird die Wassermannsche Reaktion. Eine Sterilisatio magna im Sinne Ehrlichs ist durchaus möglich, aber nur während eines ganz kurzen Stadiums der Frühsyphilis. Die möglichst frühzeitige Behandlung ist demnach das Grundprinzip der Bekämpfung der Syphilis als Volksseuche.

In der nun folgenden Aussprache über die **Frühbehandlung der Syphilis** sind sich alle Redner einig in der Bewertung der frühen Erkennung und rechtzeitigen Behandlung der Syphilis. Aber die einen bleiben weiter auch für die Frühsyphilis auf Grund ihrer Erfahrung und ihres Temperamentes bei der intermittierenden Behandlung, während die anderen nach der rechtzeitig begonnenen und gründlich durchgeführten Kur den Kranken als geheilt ansehen und dementsprechend weitere Kuren für überflüssig halten! Darin läge natürlich, wenn die weitere Beobachtung ihnen recht gäbe, ein erheblicher wissenschaftlicher und praktischer Fortschritt.

Hoffmann hatte das einleitende Referat. Der prämonitorische Herpes, jede unscheinbare Erosion ist zu beachten. Drüsenpunktion, Entnahme des Gewebssaftes aus der Tiefe muß jeder Arzt beherrschen. Bessere Ausbildung und Examenszwang im Spezialfach sind zu fordern. Exzision des P.A. ist nicht unbedingt erforderlich, dagegen energische Lokalbehandlung. Für die eigentlichen Frühfälle genügt eine einzige Kur, die bis zu 100% Heilung verspricht. Die frischen Sekundärfälle werden mit zwei Kuren in dreimonatlichem Intervall behandelt. Auch hier haben wir noch 80% Heilungschance. Zu schwache Kuren sind gefährlich. Hoffmann verwendet neben einer gründlichen Schmierkur 8—10 Salvarsaninjektionen in wöchentlichen oder fünftägigen Intervallen. Bei der kombinierten Kur sei die Gefahr der Nervenschädigung verringert. Altsalvarsan sei toxischer, aber dafür wirkungsvoller als die neueren Präparate. Seine Methode habe vor der Scholzschen nur den Vorteil schematischer Einfachheit.

In der anschließenden Diskussion betont Jadassohn die Schwierigkeiten, die sich dem Kliniker bei der Benutzung der beiden biologischen Grundstadien, wie sie Wassermann heute aufgestellt hat, für die Wahl der Therapie ergeben. Die scharfe Abgrenzung der beiden Stadien ist klinisch oft unmöglich. Es gibt eben zu viel individuelle Verschiedenheiten des Verlaufs; auch tritt die Wasssermannsche Reaktion individuell verschieden auf. So verlockend es wäre, in den Frühfällen die Behandlung zu verringern, so bleibt Jadassohn bei den ihm gut bewährten Vollkuren und verzichtet noch nicht auf folgende Kuren und auf die Verwendung von Quecksilber.

Blaschko empfiehlt für vorsichtige, ambulante Behandlung täglich wiederholte, kleine Salvarsandosen etwa dreimal 0,2. Blaschko fordert kurzfristige Ärztekurse zur Unterweisung in der Früherkennung der Syphilis. Die Versammlung erhebt seinen Antrag zum Beschluß.

Rosenthal findet, daß in der Praxis die Frühbehandlung recht häufig illusorisch ist, weil wir die Kranken viel zu spät zu Gesicht bekommen. Man denke, wie selten Frauen mit einem Primäraffekt in Behandlung treten. Rosenthal tritt lebhaft für die Beibehaltung des Quecksilbers als des wirkungsvollsten antisyphilitischen Mittels ein. Die intermittierende Behandlung ist für die Zukunft des Kranken segensvoller, als wenn man abwartet, ob Rückfälle eintreten.

F. Lesser spricht sich sehr optimistisch über die Heilungsaussichten der Frühfälle aus. Wenn die Serumreaktion absolut negativ ist, d. h. bei sorgfältiger Methode noch keine Spur von Hemmung zeigt, dann genügen drei Neosalvarsaninjektionen dos. IV in zweitägigen Intervallen, um den Kranken definitiv zu heilen, so daß sich eine Lazarettbehandlung erst gar nicht lohnt. Salvarsan wirkt provokatorisch auf die Reagine. Bei kombinierter Kur beseitigen wir die schlummernden Reagine. Die kombinierte Kur stört die richtige Beurteilung des Falles seitens des Arztes. Die Reagine werden vom Quecksilber abgefangen, so daß der provokatorische Effekt des Salvarsans nicht zum Ausdruck kommt. Es erscheint deshalb ratsam, neue Versuche mit reiner Salvarsantherapie zu beginnen.

Scholz kann der Auffassung Lessers, daß durch Hg die Reagine zerstört werden, nicht beipflichten, da auch bei reiner Hg-Behandlung die Wassermannsche Reaktion positiv wird. Nach Neosalvarsan sah Scholz häufiger Encephalitis haemorrhagica und verwendet deshalb nur Altsalvarsan. Sein Behandlungsmodus der Frühsyphilis habe sich ihm weiter gut bewährt.

Digitized by Google

Arning empfiehlt an Stelle der jetzt wegen der fehlenden Magnesiumstifte schwer zu beschaffenden Dunkelfeldlampe eine neue helle Lampe der A. E. G.

Moritz a. G. sah bei einem Soldaten, der eine Commotio cerebri erlitten hatte, nach Salvarsan eine irreparable Paraplegie. Moritz folgert aus seiner und entsprechenden Beobachtungen Scholzs', daß Leute mit Kopftrauma nach Salvarsan zu schweren Zufällen disponieren.

Generalarzt Schulzen äußert sein volles Einverständnis zu den vorgetragenen Bestrebungen. Der Kampf gegen die Syphilis muß unter allen Umständen aufgenommen werden! In der Armee werden sich die notwendigen Maßnahmen leichter erzielen lassen. Sämtliche Soldaten sind dahin aufzuklären, daß je früher sie kommen, desto sicherer die Heilung ist. Sie sollen sich mit allen irgendwie verdächtigen Affekten an den Arzt wenden. Die Ärzte sollen jeden Kranken, bei dem sie nicht mit Sicherheit Syphilis ausschließen, einem Facharzte zuweisen. Jedes unheilvolle Dranherumbehandeln ist zu unterlassen. Die spezifische Behandlung soll so frühzeitig wie möglich beginnen. Wir bekommen dann hoffentlich mehr Kranke noch im Vor-Wassermann-Stadium in Behandlung und damit vielleicht zur völligen Heilung. Durch unsere Bestrebungen in der Armee wird sich das Verständnis und Interesse auf große Teile des Volkes ausdehnen. Schulzen verspricht die sofortige Einrichtung von Ausbildungskursen für Truppenärzte in der Frühdiagnose der Syphilis.

Bruhns ist für Wiederholungskuren auch der Frühfälle. Die negative Reaktion schlägt manchmal erst kurz vor den klinischen Erscheinungen ins Positive um. Die negative Latenzzeit im Blute kann außerordentlich lange dauern, ohne daß wir daraus schließen dürfen, daß die Syphilis geheilt ist.

Müller-Metz weist auf die bei der Demobilisation bevorstehende Ausbreitung der Syphilis auf die Frauen und über das platte Land hin. Fortbildungskurse sind auch für Landärzte notwendig.

Müller hat das von Neisser zuerst 1903 beschriebene und als **urtikarielles Ekzem** bezeichnete Krankheitsbild während des Krieges in Mainz häufiger gesehen. Er hält die Affektion für eine echte Kriegsdermatose durch äußere und innere Toxine bedingt.

Den Sitzungen gingen Demonstrationen interessanter Krankheitsfälle voraus. Hervorzuheben sind **Melanosen** und **Schmierölschädigungen** der Haut (Kaufmann-Wolf, Pulvermacher, Wechselmann); ein Fall hochgradiger **Bromakne** (Ledermann) und der bereits publizierte Fall von **Hämangioendotheliom** (Saalfeld). Hoffmann zeigte ein Mädchen mit einem knorpelharten Tumor der Nase, der sich nach Entfernung eines Nävus entwickelt hatte (**Fibromelanom** mit positiver Dopareaktion in den oberen Melanomschichten); ferner einen Jungen mit **Boeckschen Sarkoiden** auf beiden Nates. Auffällig war der negative Ausfall der Tuberkulinreaktion. Sprinz demonstrierte einen **nävogenen Tumor** des **Kapillitiums**, der nach Kopftrauma entstanden war und das Bild einer Cutis verticis gyrata bot, und einen Mann, der seit acht Jahren an der von Hoffmann zuerst abgegrenzten **Perifolliculitis abscedens et suffodiens** leidet. Sprinz stellte auch Gypsabdrücke aus von seltenen Nagelanomalien und zwar **Polydaktylie** zusammen mit **Syndaktylie** und ferner eine angeborene **Makrodaktylie.**

Mitteilungen aus der Literatur.

Hygiene.

Der Ärztestand und die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Otto May-London. (Lancet, 25. November 1916.) Für den Verfasser kommen bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten besonders zwei Hauptlinien in Betracht, in welchen sich die Maßnahmen bewegen sollen: 1. die Belehrung des Publikums über die individuelle und soziale Bedeutung der Geschlechtskrankheiten, die Wichtigkeit der frühzeitigen Behandlung und die Gefahren der Vernachlässigung derselben; 2. die weitgehendste Fürsorge zur Ermöglichung einer Frühdiagnose und einer mit allen Mitteln der Neuzeit unternommenen Behandlung, wobei eventuell ein gesetzlicher Zwang eingeführt werden muß. Was die Belehrung des Publikums anbetrifft, so kommt es darauf an, daß Ärzte durch Aufsätze und Mitteilungen besonders in den in den unteren Bevölkerungsschichten verbreiteten Zeitungen belehrend wirken; daß durch gesetzliche Maßnahmen die Kurpfuscheranzeigen aus diesen Zeitungen verschwinden, und daß auch die besseren Zeitungen sich weniger sträuben, gegen die Geschlechtskrankheiten Stellung zu nehmen. Auch die Aufklärung der Jugend über die Gefahren derselben soll in weiterem Maße

Digitized by Google

als bisher betrieben werden. Dies ist aber nicht Sache des Lehrers, sondern, unter Mitwirkung der Eltern, Sache des Hausarztes, verlangt aber viel Takt und etwas pädagogischen Sinn. Auch in der Armee kann die Sache der Aufklärung noch mehr gefördert werden, und für Frauen kommen öftere Belehrungen durch kompetente weibliche Personen in Betracht. Dies kann zum Beispiel leicht in Warenhäusern und großen Geschäften geschehen. Was die Behandlung betrifft, so müssen Stadt- und Landbehörden für Errichtung von Spezialabteilungen sorgen, die immer allgemeinen Krankenhäusern anzugliedern sind und zu deren Kosten der Staat beitragen muß. An diesen Krankenhäusern muß für genügend spezialärztlich ausgebildete Ärzte gesorgt werden. Dies alles ist aber erst ein Schritt in dem Feldzug gegen die Geschlechtskrankheiten. Der Patient muß aber auch mit allen Mitteln zur Behandlung gedrängt werden, und zwar müssen der praktische Arzt und die Spezialkliniken in innigster Weise Hand in Hand arbeiten, so daß z. B. ersterer einen Teil der Behandlung übernimmt, während eingreifendere Prozeduren die Klinik übernimmt. Der Verfasser ist ferner der Meinung, daß ein Arzt, der die Ehefrau oder die Angehörigen eines renitenten Syphilitikers von der ihnen durch denselben drohenden Gefahr unterrichtet, sich in keiner Weise einer Verletzung seines Berufsgeheimnisses strafbar macht. A. Gunsett-Straßburg.

Die Geschlechtskrankheiten in Kopenhagen vor und nach 1906, von S. Lomholt. (Ugeskrift f. Laeger, 1916, H. 15.) Im Jahre 1906 wurde jede polizeimäßige Reglementierung der Prostitution und des Prostitutionsgewerbes aufgehoben. Der Verfasser versucht daher statistisch die Verhältnisse der venerischen Krankheiten zur Prostitution zu beleuchten. Weil die Meldungen der verschiedenen Krankheiten aber höchst verschieden sind — von mehreren vielgesuchten Spezialisten weiß man, daß sie überhaupt nicht Krankheiten anmelden —, so wird die Statistik nicht ganz maßgebend ausfallen. Über Ulcus molle kann nichts Sicheres ausgesprochen werden; es scheint, als ob seit 1906 eine Abnahme eingetreten ist. Was die Blennorrhoe betrifft, so zeigt die Kurve im großen und ganzen ziemlich stationäre Verhältnisse, mit einem deutlichen Minimum im Jahre 1906. Syphilis. Auch hier zeigt die Kurve ein stark ausgesprochenes Minimum um 1906 herum. Ein Steigen später faßt der Verfasser zunächst als ein Zeichen des bedeutend leichteren Zuganges zur unentgeltlichen Behandlung, als ein wirkliches Steigen auf. Zum Schluß sucht der Verfasser auszurechnen, wieviel die Stadt jährlich für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten aufwendet. 1. In Form von Krankenhausbehandlung etwa $^1/_4$ Millionen Kronen (1 Mark = 0,90 Krone), 2. ambulante Behandlung in Polikliniken etwa 10000 Kr. jährlich, 3. ambulante Behandlung bei zwölf von der Stadt dazu angestellten Ärzten zur unentgeltlichen Behandlung von Geschlechtskrankheiten etwa 42000 Kr. Alles in allem etwa 300000 Kr., davon etwa 50000 Kr. oder $^1/_6$ für Ärztehonorar. Der Verfasser meint, daß zurzeit wenigstens $^2/_3$ aller neuen Fälle von Geschlechtskrankheiten in Kopenhagen unentgeltliche Behandlung in der einen oder anderen Form sucht. W. Holland-Kristiania.

Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten in England, von Blaschko. (D. m. W., 1917, Nr. 2.) Die Einrichtungen zur Behandlung von Geschlechtskranken sind in England wesentlich schlechter als in Deutschland. Die Zahl der verfügbaren Betten ist außerordentlich klein. Die Krankenkassen zahlen für Krankheiten, die sich das Mitglied durch „misconduct", d. h. „liederlichen Lebenswandel" zugezogen hat, kein Krankengeld und gewähren keine Krankenhausbehandlung. Beim Zustandekommen dieses Gesetzes sind die ärztlichen Mitglieder des Parlaments sogar noch weiter gegangen, indem sie die Forderung aufstellten, daß den Geschlechtskranken jede ärztliche Hilfe von seiten der Kassen verweigert werden soll. Das englische Parlament hat, angeregt durch die Verhandlungen des Internationalen Kongresses im August 1913, noch im gleichen Jahre eine aus 15 Mitgliedern bestehende Kommission eingesetzt, die sich mit der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten befassen sollte. Die Kommission hat nun die Forderung aufgestellt, daß alle Ortsbehörden Untersuchungsämter zur Feststellung der Geschlechtskrankheiten einrichten sollen; der Staat soll 75 % der Kosten, die örtlichen Kassen 25 % tragen. Überall sollen Einrichtungen zur Behandlung von Geschlechtskranken getroffen werden, insbesondere sollen Ambulatorien mit Abendsprechstunden eingerichtet werden. Salvarsan soll unentgeltlich in größtem Umfange zur Verfügung gestellt werden. Von einer allgemeinen Anzeigepflicht hat die Kommission abgesehen. Dagegen soll es dem Arzt erlaubt sein, Mitteilungen zu machen, um eine Ehe mit einer geschlechtskranken Person zu verhüten oder aufzuschieben. Außerdem stellte die Kommission die Forderung der besseren Ausbildung der Studenten in der Diagnose und Therapie der Geschlechtskrankheiten, und Prüfung in diesem Fach beim ärztlichen Examen. E. Brinitzer-Altona.

Digitized by Google

Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten in England, von A. Blaschko. (D. m. W., 1917, Nr. 17.) Eine Kommission der British medical Society ist nach sorgfältiger Prüfung der Sachlage einstimmig zu der Überzeugung gelangt, „daß kein System einer Anzeigepflicht bei Geschlechtskrankheiten zurzeit Aussicht auf Erfolg habe, und zwar einmal, weil die Anzeigepflicht zur Verheimlichung der Krankheit führen würde, und zweitens, weil die Behörde in der Mehrzahl der Fälle keine wirksamen Maßnahmen zur Behandlung treffen könne. Die Kommission glaubt, daß die Zeit für ein solches Verfahren noch nicht gekommen ist, und daß, bevor man über seine Ausführung berät, es vor allem nötig sein werde, Möglichkeiten unentgeltlicher Behandlung zu schaffen, und ferner, erkrankte Personen zu verhindern, sich von nicht approbierten und unzuverlässigen Personen behandeln zu lassen, sowie das Annoncieren und den Verkauf von Quacksalbereien durch Gesetz zu verbieten." Auch die „Englische Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" hat erklärt, daß sie gegenwärtig Vorschläge, die die Einführung der Anzeigepflicht bezwecken, nicht unterstützen werde. Vor kurzem ist dem Parlament eine Novelle zum Strafgesetzbuch vorgelegt worden, welche die Bestrafung des geschlechtlichen Verkehrs Venerischer, das Verbot unzüchtiger Anzeigen usw. vorsieht. Nach § 2 dieser Novelle wird bestraft, wer in geschlechtskrankem Zustande geschlechtlich verkehrt oder zum Geschlechtsverkehr auffordert. Ein Vergehen gegen diesen Paragraphen wird mit einer Gefängnis- oder Zuchthausstrafe bis zu zwei Jahren bestraft. Indessen soll eine Bestrafung nicht eintreten, wenn die betreffende Person guten Grund zu der Annahme hatte, daß sie z. Z. des Verkehrs nicht geschlechtskrank war. Erweist sich bei der vom Richter angeordneten Untersuchung, daß der oder die Angeklagte innerhalb dreier Monate vom Zeitpunkte der Begehung der Tat an einer ansteckenden Geschlechtskrankheit im ansteckenden Stadium gelitten hat, so soll dies als ein Beweis dafür gelten, daß er oder sie z. Z. des Vergehens krank war, sofern das Gegenteil nicht erwiesen ist. Jede Ankündigung betreffs Syphilis, Blennorrhoe, Nervenschwäche oder anderen Klagen und Gebrechen, die aus dem Geschlechtsverkehr entstehen, steht unter Strafe. Nach der Meinung von B. ist die Bestrafung eines Menschen, der weiß, daß er an einer Geschlechtskrankheit leidet und dennoch andere der Infektion aussetzt, nicht das richtige. Vor allem muß der Attentäter unschädlich gemacht werden, und zwar durch Zwangsbehandlung. „Aber zu einer so rationellen Gesetzgebung ist man, wie es scheint, weder in Deutschland noch in England reif."

E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Berichtigung. Herr Dr. Karl Schindler-Hanau ersucht um die nachfolgende Richtigstellung unseres Referates über die Bonner Dermatologentagung, September 1917. „Herr Schindler hat nicht allen Rednern über die Einrichtung von Beratungsstellen für Geschlechtskranke opponiert. Er hat sich im Gegenteil für die Notwendigkeit, Beratungsstellen zu schaffen, ausgesprochen, er hat nur, durch Vorbringung von Tatsachen, bestritten, daß mit der augenblicklichen Organisation, wie sie z. B. auch in Hessen-Nassau besteht, etwas Ersprießliches zu erreichen ist, wenn nicht zweckentsprechende Abänderungen erfolgen. Durch die Bemühungen Blaschkos sind die von Schindler gerügten Mißstände in Hessen-Nassau inzwischen beseitigt worden."

A. o. Prof. Salomon Ehrmann, Primararzt der I. Syphilisabteilung des Allgemeinen Krankenhauses in Wien, erhielt Titel und Charakter eines ordentlichen Professors.

Der mit dem Titel eines a. o. Professors bekleidete Privatdozent Dr. Josef Kyrle, Assistent der Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten (Hofrat Prof. Finger) in Wien, wurde zum a. o. Professor ernannt.

Dr. Hahn, leitender Arzt der dermatologischen Abteilung des Krankenhauses in Berlin, erhielt den Titel Professor.

Hofrat Arthur Meiner, Inhaber der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Leipzig und Hamburg, wurde zum 1. Vorsteher des Börsenvereins Deutscher Buchhändler gewählt.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tabnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

18. Mai 1918 | Nr. 20 | Band 66

Aus der Universitätsklinik für Hautkrankheiten in Bonn
(Direktor: Prof. Dr. Erich Hoffmann).

Über ein Granuloma pediculatum luposum.

Von

Dr. Emil Zurhelle.

Im Jahre 1912 kam Heuck[1]) an der hiesigen Klinik an Hand ausgedehnter Literaturstudien und eigener Fälle zur Einteilung des Granuloma pediculatum in zwei Arten, das Granuloma pediculatum simplex, „welches im großen und ganzen den Bau des Granulationsgewebes aufweist, nur daß es durch Neigung zu Gefäßektasien und Wucherung der Endothelien und perithelial gelegenen Spindelzellen in verschiedener Stärke charakterisiert ist", und das Granuloma pediculatum angiomatosum, „das denselben Bau aufweist, nur daß die Neigung zur Bildung exzessiv großer Blutgefäßräume und meist auch zur Anhäufung der Spindelzellen besonders stark hervortritt".

Im folgenden sei nun kurz über ein Granuloma pediculatum berichtet, das eine bisher wohl nicht beobachtete Ätiologie zeigte.

Es handelte sich um eine 32jährige Patientin mit ausgedehntem, seit zehn Jahren bestehendem Lupus des Gesichts, die bereits vor fünf Jahren und vor einem Jahre je zwei Monate in stationärer Behandlung der Klinik war.

Bei der jetzigen dritten Aufnahme war die ganze rechte Gesichtshälfte von ausgedehnten Narben mit eingestreuten flachen braunroten Infiltraten eingenommen, die z. T. mit Schuppen bedeckt waren, an anderen Stellen bei Glasdruck deutliche Knötchen erkennen ließen; die rechte Ohrmuschel war fast völlig zerstört, nur noch vom knorpeligen Teile waren Reste im Narbengewebe erhalten; an den Wangen bestanden vielfache harte Narbenzüge. Nach hinten reichte die lupöse Veränderung am unteren Rande der behaarten Kopfhaut verlaufend bis zur Mittellinie des Nackens.

Fingerbreit hinter dem rechten Ohr fand sich — angeblich seit zwei Monaten ohne besondere Ursache insbesondere ohne Trauma entstanden und seit Beginn häufig zu Blutungen neigend — eine haselnußgroße von dicken Krusten bedeckte pilzförmige Geschwulst; sie ging mit einem wenige Millimeter breiten Stiele in die Kopfhaut über, die an dieser Stelle einen Übergang von narbiger Atrophie in Infiltration zeigte.

Die Geschwulst ließ differentialdiagnostisch an eine Form des bekannten Granuloma pediculatum (sogenannte menschliche Botryomy-

[1]) Derm. Zschr., 1912. Bd. 19, H. 3—5.

Digitized by Google

kose) oder an eine allerdings sehr schnell gewachsene karzinomatöse Neubildung denken; vielleicht konnte es sich auch um eine Wucherung tuberkulöser Natur handeln.

Bei der Exzision der Effloreszenz löste sich die schalenförmige krustöse Bedeckung im ganzen ab, wobei die auffallend weiche Beschaffenheit der Geschwulst selbst zutage trat.

Sie wurde in 70%igem Alkohol fixiert, in Paraffin eingebettet und nach den üblichen Methoden gefärbt.

Mikroskopisch war sie zusammengesetzt aus einem lockeren Granulationsgewebe, bestehend aus Fibroblasten, Plasmazellen und zahlreichen Riesenzellen von LANGHANSschem Typus, z. T. in einer für Lupusknötchen typischen Anordnung. Eingebettet waren diese Zellen in ein durchweg äußerst lockeres, nur an wenigen Stellen etwas dichter gebautes und von elastischen Fasern durchwirktes Bindegewebe. Durchzogen war dieses Grundgewebe — vor allem an der Basis — von stark erweiterten Gefäßen, in deren Umgebung rote Blutkörperchen ausgetreten waren, z. T. war es — auch wieder vor allem an der Basis — zu größeren Blutungen gekommen.

Das Granulationsgewebe reichte im mikroskopischen Bilde durchschnittlich bis an die Oberfläche. Nur an vereinzelten Stellen fanden sich geringe Reste von Epidermis mit schmalen strangförmigen Einsenkungen in die Tiefe. Tuberkelbazillen konnten nicht nachgewiesen werden. Ebensowenig fanden sich bei der Gramfärbung andere Bakterien (Staphylokokken usw.).

Die histologische Untersuchung ließ demnach über den lupösen Charakter der Effloreszenz keinen Zweifel. Mit dem außerordentlich langsam wachsenden, scharf abgegrenzten tumorbildenden Lupus hat dieses Granulom natürlich keine Ähnlichkeit (vgl. HEUCK[1]).

Neu ist im vorliegenden Falle die Entstehung eines gestielten Tumors von lupösem Bau in der sonst nur für typische Granulome charakteristischen kurzen Zeit von zwei Monaten.

Aufzuklären bleibt nun noch, wie es zur Bildung einer derartig gestielten Geschwulst kam.

Wahrscheinlich entstand in unserem Falle — vielleicht durch eine unbedeutende Verletzung und banale Infektion — ein kleines Granulom, das durch kragenförmig narbige Einschnürung seiner Umgebung eingeengt lediglich die Möglichkeit besaß, sich in der Richtung nach außen zu entwickeln, und so zum Granuloma pediculatum wurde. Bakterien, welche in der abgefallenen Kruste wohl mit Sicherheit vermutet werden können, mögen von da aus einen Wachstumsreiz gebildet haben, und in dem jungen Granulationsgewebe fanden dann die in den Narbeninfil-

[1]) Arch. f. Derm., 1906, Bd. 82.

Digitized by Google

traten vorhandenen spärlichen Tuberkelbazillen günstige Wachstumsbedingungen zur Erzeugung spezifischer Knötchen.

Demnach handelt es sich im vorliegenden Fall um eine lupöse Wucherung in Gestalt eines Stielknolls oder eines pilzförmigen gemeinen Granuloms; durch seine Gestalt und seinen reichen Gehalt an erweiterten Blutgefäßen, die deckende stark sezernierende Kruste, das schnelle Wachstum ähnelt das Gebilde dem gewöhnlichen Granuloma pediculatum, von dem es nur durch den Nachweis unzweifelhafter Lupusknötchen abweicht. Der kleine Tumor kann nach Prof. Erich Hoffmanns Vorschlag deshalb mit dem Namen „Granuloma pediculatum luposum" bezeichnet werden.

Über Exanthema folliculare acneiforme.

Einige Bemerkungen zu der Arbeit des Herrn Dr. v. Veress.

Von

Dr. Sprinz in Berlin.

Hr. Prof. Unna hatte angeregt, daß die Fachgenossen ihre Erfahrungen über Kriegsdermatosen in der „Dermatologischen Wochenschrift" austauschen möchten. Ich erlaube mir deshalb einige wenige Bemerkungen zu der von Herrn Dozenten Dr. v. Veress gegebenen Beschreibung des Exanthema folliculare acneiforme (Derm. Woch., 1917, Nr. 31). Mir ist ebenfalls diese Erkrankung auf der Hautabteilung eines Reservelazaretts mehrfach zu Gesicht gekommen. Es fiel mir gleichfalls auf, daß diese Aussaat von Knötchen streng über den Follikeln in ihrer Massenhaftigkeit bei sonst völlig intakter Haut etwas Besonderes, Neues war. Ich habe schon bei einer größeren Anzahl von Kranken diese Affektion gesehen. Das Leiden war aber nicht vom Felde mitgebracht, sondern hatte sich in der Garnison entwickelt. Kopf und Hals blieben meist frei; an den Gliedern waren die Streckseiten meist viel stärker befallen. Das klinische Bild entsprach ganz der von v. Veress gelieferten Beschreibung. Auch die schwere Heilbarkeit kann ich bestätigen. Ich möchte aber besonders betonen, daß ich die Erkrankung etwa vor einem Jahre zuerst beobachten konnte, dagegen nicht in der vorangegangenen Kriegszeit; obschon das Krankenmaterial recht reichlich und ziemlich gleichförmig sich rekrutierte. Das gibt vielleicht den Schlüssel zum Verständnis der Entstehungsursache. Nicht die Blutarmut ist dran schuld und der übermäßige Fleischgenuß, wie v. Veress vermutet — übermäßiger Fleischgenuß kommt bei uns aus begreiflichen Gründen über-

Digitized by Google

haupt nicht in Betracht —, sondern neben mangelnder Hautpflege Reizungen chemischer Natur. Zu denken ist dabei an die mit hautschädigenden Seifenpulvern gewaschene Wäche, an Kriegsseife und besonders an die schlechter gewordene Salbengrundlage; letzteres trifft natürlich nur für solche Fälle zu, die aus irgend einem Grunde, z. B. wegen Psoriasis oder Ekzem, einer Salbeneinreibung unterzogen wurden. Für die Heilung erwies es sich jedenfalls noch immer am besten, wenn die Möglichkeit bestand, Salben aus reinem, guten Fette zu verwenden; sonst suchte ich mich mit Puder oder Schüttelmixturen zu behelfen.

Krieg, Geschlechtskrankheiten und Prostitution in ihren Wechselbeziehungen.

Kritische Referate.

Von

Dr. Ernst Levin in Berlin.

(Schluß.)

Die Auffassung, daß der behandelnde Arzt, auch der Spezialarzt, bisher nicht in der Lage gewesen sei, die aus der Behandlung Getretenen genügend zu überwachen, teilt auch Gross (12), der über die Beratungsstelle für Geschlechtskranke der Wiener Bezirkskrankenkasse berichtet, an der die Spezialärzte der Krankenkasse im Turnus als Fürsorgeärzte tätig sind. In Königsberg beschränkt sich nach einer Mitteilung von Scholtz (32) die Meldung seitens der Ärzte auf Kranke, die vorzeitig aus der Behandlung fortbleiben oder nicht zur Nachuntersuchung kommen. Damit ist wenigstens auf die Tätigkeit des behandelnden Arztes die Rücksicht genommen, die ihm Kaufmann (21) als sein gutes Recht, das er beanspruchen kann, zubilligt. Hübner (17) hat in der Beratungsstelle Elberfeld, die keine Meldung seitens der Ärzte, sondern nur das Material der Hautkrankenstation zur Nachuntersuchung erhält, unter 100 Syphilitikern, die von 243 bestellten erschienen waren, 70 Rezidive, zum Teil nur serologisch festgestellt; er glaubt, daß im Gegensatz zur Beratungsstelle der Arzt nicht auf Wiederholungskuren bestehen könne, da ihm das als Eigennutz ausgelegt werde, und daß die Beratungsstellen für Privatpatienten wegen der bei diesen größeren Möglichkeit der Belehrung nicht erforderlich seien.

Das hier in bezug auf die Wiedervorstellung und die dadurch zu erreichende Beeinflussung erzielte Resultat erscheint recht gering, und es muß auch fraglich bleiben, ob mit den Beratungsstellen, solange sie freiwil-

Digitized by Google

lige, nicht staatliche Einrichtungen darstellen, als welche sie Kirchner (22) verwirft, mehr zu erreichen sein wird; wie auch Kalmus (20) in einem Referat über die VIII. Konferenz der Zentralstelle für Volkswohlfahrt (Berlin, Oktober 1915) die Meinung Blaschkos, durch die Beratungsstellen eine dauernde Überwachung aller Venerischen zu erreichen, für irrig hält, falls nicht gesetzliche Zwangsmittel zur Anwendung kommen. Deshalb ist auch Lesser (25), ein doch gewiß vorsichtig abwägender Beurteiler, im Recht, wenn er von ihnen sagt, daß sie nicht mehr leisten als ein gewissenhafter Arzt, während sie den Kranken Zeitverlust, doppelte Untersuchung bringen und sich als Zwischeninstanz zwischen ihn und den behandelnden Arzt einschieben. Auch Hützer (18), der diese Zwischenschiebung einer neuen Stelle und die verschiedene Stellung zu den verschiedenen Bevölkerungsklassen je nach ihrer materiellen Lage bemängelt und aus den differierenden Behandlungsmethoden sich ergebende Differenzen mit den behandelnden Ärzten sowie eine Beförderung der Kurpfuscherei befürchtet, Kuznitzky (24), der in ihnen nur einen weiteren Schritt in der Bureaukratisierung und Proletarisierung des Ärztestandes erblickt, sowie Dreuw (5), der sie nur als Palliativmittel gelten lassen kann, sehen in ihnen nicht den richtigen Weg, da sie doch mit recht erheblichen Mängeln behaftet sind, ohne andererseits die Hebung der Volksgesundheit wesentlich zu fördern. Auch Stern (34) hält ihre Aussichten für zweifelhaft, und Finger (10) betrachtet sie als überflüssig, da gerade die Kassenkranken, für die sie hauptsächlich in Betracht kommen, auch so überwacht werden können. Trotzdem darf nicht verschwiegen werden, daß für die zwangsweise Meldung der für die Beaufsichtigung durch die Beratungsstellen in Frage kommenden Kreise, für die Delbanco (4) schon von Beginn an, wenn auch mit einer gewissen Auswahl eintrat, immer wieder Stimmen laut werden. So will Hecht (16) die bei der Demobilisierung entlassenen Syphilitiker sämtlich melden und, falls sie weder freiwillig noch auf zweimalige Aufforderung erscheinen, zwangsweise vorführen lassen, und die preußische Heeresverwaltung hat, nachdem von den als dienstuntauglich aus dem Heeresverbande Entlassenen nur 6% freiwillig die Meldung gestattet haben, eine erneute Prüfung der Frage der Freiwilligkeit zugestanden [Parlamentsberichte (29b)].

Soweit nur persönliche Interessen der Ärzte in Frage kommen, müßten diese natürlich hinter dem allgemeinen öffentlichen Interesse zurückstehen, wenn dessen Förderung durch die Beratungsstellen mit einiger Sicherheit zu erwarten wäre; da dies jedoch zum mindesten zweifelhaft zu sein scheint, kann es den Ärzten nicht verdacht werden, wenn sie der neuen Einrichtung zunächst noch mit einem gewissen Mißtrauen gegenüberstehen. Und da auch die sonstigen Maßnahmen zur Bekämpfung

Digitized by Google

der Geschlechtskrankheiten keine idealen Erfolge versprechen, muß immer wieder versucht werden, die Hauptquelle ihrer Verbreitung zu verstopfen, als welche ganz allgemein die Prostitution betrachtet wird, wenn auch neuerdings Finger (11) die Ansicht äußert, daß dafür nicht eigentlich sie selbst, sondern die Promiskuität in Betracht komme, d. h. die Erscheinung, daß innerhalb relativ kurzer Zeit ein Mann mit mehreren Weibern, ein Weib mit mehreren Männern verkehrt; die Prostitution sei nur als ein typisches Paradigma der bis zum höchsten gesteigerten Promiskuität anzusehen. Mittel zur Regulierung und Sanierung der Prostitution zu finden erscheint um so wichtiger, als mit deren starker Zunahme nach dem Kriege nach Blaschkos (1) Ansicht zu rechnen ist.

Hier hält Klemm (23) es für das wichtigste, den Ursachen der Prostitution nachzugehen, wobei er vor allem durch Förderung der Dezentralisierung dem Einfluß des städtischen Lebens mit seiner Oberflächlichkeit und Vergnügungssucht und der zunehmenden Leichtfertigkeit in der Auffassung vom Geschlechtsleben entgegenarbeiten will; die oberen Schichten müßten hier mit Einfachheit der Lebensführung vorangehen.

Es liegt eine ganze Reihe von Vorschlägen vor, die zum großen Teil darauf hinauslaufen, einen größeren Teil prostituierender Personen als bisher einer sanitären Kontrolle zu unterstellen, andererseits die polizeiliche Reglementierung einzuschränken bzw. ganz abzuschaffen, soweit es sich nicht um Störung der öffentlichen Ordnung und Sittlichkeit handelt. Nach Dreuw (6) sollen Prostituierte, d. h. Personen, denen vor Gericht nachgewiesen ist, daß sie mit mindestens 2—3 Personen gegen Entgelt Verkehr gehabt haben, verpflichtet sein, wöchentlich 4—5mal oder noch öfter den Nachweis ihrer Gesundheit vor dem Gesundheitsamt, welches über sie unter Fortfall der Sittenpolizei Listen und Kontrolle führt, zu erbringen; bei schwerer Erkrankung soll Isolierung im Krankenhause erfolgen, die Polizei nur vorgehen, wenn die Anordnungen des Gesundheitsamtes nicht befolgt werden. Die Schaffung eines Gesundheitsamtes ärztlich-sanitären Charakters hatte auch Neisser (28) ins Auge gefaßt, das das Recht haben müßte, Kranke, die sich gemeingefährlich verhalten, zu verwarnen und eventuell einer sanitären Kontrolle zu unterstellen; der sittenpolizeilichen Kontrolle glaubt er nicht ganz entraten zu können, während Blaschko (1, 2) sie völlig aufheben will. Er strebt für den Betrieb der Prostitution Beseitigung des Straßenstrichs an durch Konzessionierung von Marktstätten (Nachtkaffees, Bremer System) unter entsprechender Änderuug des Strafgesetzbuches. In sanitärer Hinsicht müsse der leitende Gesichtspunkt sein, die gefährlichsten Elemente aus dem Verkehr zu ziehen und leichte Gelegenheit zur Behandlung zu beschaffen. Zwangsmaßregeln, die von einem Gesundheitsamt ausgeführt werden können.

Digitized by Google

bestehen in Forderung der Beibringung einer amtsärztlichen Bescheinigung über Gesundheit oder Behandlung bis zur Heilung bei Personen, die im Verdacht der Erkrankung stehen, Zwangsbehandlung, falls das Zeugnis nicht beigebracht wird, Schadenersatz bei Ansteckungen. Er glaubt jedoch selbst, daß sich trotzdem viele besonders jüngere Prostituierte der Untersuchung und Behandlung entziehen und krank herumtreiben würden. Wir hätten danach in sanitärer Hinsicht dieselben Verhältnisse wie beim jetzigen System, dem doch gerade vorgeworfen wird, daß es in bezug auf die jüngeren, so besonders gefährlichen Prostituierten nichts leistet, nur daß außerdem auch die jetzt Zwangskontrollierten und gegebenenfalls unschädlich gemachten fortfallen! Eine vermittelnde Stellung nimmt Kirchner (22) ein, der mit dem Wiederinkrafttreten des zur Zeit aufgehobenen, ursprünglich wohl auf seine Veranlassung entstandenen Ministerialerlasses vom Jahre 1907 rechnet; er will alle, die sich regelmäßig untersuchen und behandeln lassen, unbehelligt lassen, jedoch diejenigen, die gegen die hierfür oder für die Sicherung der öffentlichen Ordnung oder des Anstandes erlassenen Vorschriften verstoßen, unter Anklage und, falls sie zweimal verurteilt sind, unter eine der bisherigen Reglementierung analoge Kontrolle stellen.

Daß der Ministerialerlaß vom Jahre 1907 so geringen Erfolg gehabt hat [Fabry (9) berichtet, daß von 402 auf Grund desselben von seiten der Polizeiverwaltung zur Gratisbehandlung Überwiesenen nur 141 erschienen sind], führt Lesser (26), dessen Anschauungen er sonst durchaus entspricht, auf den Mangel der völligen Trennung von der Sittenpolizei zurück. Er hält es im übrigen immer noch für das wichtigste, für die jüngeren, auch bei bestehender Kontrolle meist nicht eingeschriebenen Prostituierten Einrichtungen für Untersuchung und Behandlung zu schaffen, die, wie gesagt, von der Polizei völlig unabhängig sein müßten. Eine Einschreibung solle nicht erfolgen, wenn die betreffenden Anordnungen pünktlich befolgt würden. Gerade im Hinblick auf die eben wiedergegebene Meinung Blaschkos über das Verhalten der jüngeren Prostituierten bei seinem doch gewiß von der Polizei unabhängigen System kann der Schluß Lessers nicht als berechtigt anerkannt werden. Vielmehr liegt es, wie Klemm (23) ausführt, daran, daß die Betreffenden kein genügendes Bedürfnis zur ärztlichen Untersuchung und Behandlung haben, weil sie keine Schmerzen empfinden. Es mangelt ihnen das Interesse dafür, und die Zuführung zur ärztlichen Untersuchung und Behandlung wird erst durch die Sistierung durch die Beamten der Sittenpolizei ermöglicht. Ebenso weist auch Fabry (9) auf Grund der oben mitgeteilten schlechten Resultate des freiwilligen Erscheinens auf die Notwendigkeit der Zwangsuntersuchung und -Behandlung hin, indem er vom praktischen

Digitized by Google

Standpunkt die Fortschrittte der modernen Behandlung hervorhebt, die mehr geleistet haben als alle Schriften pro und contra Reglementierung.

Unter der Voraussetzung eines vollwertigen Ersatzes, über den er allerdings nichts verrät, will auch Sarason (30) die Reglementierung aufheben; unter Verbot des Straßenstrichs, der Bordelle und der beliebigen Ortswahl für die Betätigung des Verkehrs sollen städtischerseits „Sexualhorte" unter behördlicher Verwaltung in verschiedener Ausstattung in verschiedenen Gegenden bereitgestellt werden, die ausschließlich zur Ausübung des Verkehrs, nicht zum Wohnen bestimmt sind, in denen sich die Prostituierten persönlich oder durch ihre Bildnisse den Besuchern anbieten dürfen; die Besucher sind zur Untersuchung, Kauf eines Schutzmittels und zu einer durch Angestellte des Hauses nach dem Verkehr vorzunehmenden Desinfektion verpflichtet. Auch Hecht (15) strebt eine sich in ähnlicher Richtung bewegende Sanierung an, bei der es ihm im wesentlichen auf eine radikale Ausschaltung des Zwischenhandels durch Übertragung des ganzen Prostitutionsbetriebes auf eine gemeinnützige Gesellschaft in Anlehnung an das bei der Alkoholbekämpfung angewandte, sogenannte Gotenburger System ankommt. Der Betrieb soll sich dann in Kontrollstraßen und sanitär eingerichteten Absteigequartieren abspielen, die gesundheitliche Überwachung wird der Polizei abgenommen und einem aus Fachärzten gebildeten Gesundheitsamt übertragen; nur auf dessen Anzeige hätte die Polizei die Vorführung und eventuelle Zwangskontrolle durchzuführen.

Gegenüber diesen in mancher Beziehung verlockend erscheinenden Zukunftsträumen hält sich Tjaden (35) an die nüchterne Wirklichkeit. Nach Schilderung der verschiedenen Typen der Prostitution: 1. vagierende (= Straßendirne, Untergruppe: zeitweilig außerhalb des Wohnsitzes das Gewerbe ausübende), 2. seßhafte a) in Animierkneipen, b) in Bordellen, c) in kasernierten Wohnungen, ihrer Gefahren und der sich gegenüberstehenden Richtungen zu ihrer Bekämpfung, von denen die eine die Gewerbsunzucht an und für sich bestraft, die Ausüberin jedoch freiläßt, wenn sie reglementiert ist, die andere, freiere, sie als ein nicht strafälliges, jedoch gefährliches Gewerbe betrachtet, das nur unter bestimmten Bedingungen ausgeübt werden darf, zu denen polizeiliche Aufsicht nicht zu gehören braucht, bezeichnet er das Bremer System der Kasernierung als das in jeder Richtung am wenigsten Mängel aufweisende. Es hebt die Selbstachtung und wirtschaftliche Selbständigkeit, während beim Animierkneipen- und Bordellbetrieb (dessen Bedeutung für den Sklavenhandel übrigens, was Deutschland anbetreffe, übertrieben würde) die Gefahr des Alkohols hinzukomme und bei der vagierenden Prostitution die äußeren Verhältnisse am ungünstigsten lägen und eine polizeiliche Einmischung

Digitized by Google

unvermeidlich sei. In gleicher Weise hält Fabry (9) die Kasernierung, besonders für mittlere Großstädte, für das beste System, das eine gute Sicherheit für hygienischen Betrieb, Feststellung angeblicher Infektionsquellen, bietet und den Vorteil der Untersuchung in der Straße selbst und der Absonderung von der übrigen Bevölkerung hat.

Einen wesentlichen Fortschritt in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hat der Krieg nach dem Berichte Simons (33) in Italien gebracht, wo vorher nur eine Kontrolle der Bordelle bestand, die heimliche Prostitution ihr jedoch nicht unterlag, da sie als legitimes Gewerbe galt; jetzt ist die Untersuchung vermehrt und auch auf die freien Prostituierten ausgedehnt, Zwangsbehandlung der Erkrankten bis zur völligen Genesung eingeführt und in größeren Städten Gelegenheit zu ambulatorischer Behandlung gegeben, bei der, ebenso wie in den Spezialkrankenhäusern, kein Name genannt zu werden braucht.

Wenn hier als ganz Neues Dinge auftreten, die bei uns seit langem als selbstverständlich gelten, so sehen wir, daß wir auf diesem Gebiete einen weiten Vorsprung haben. Bei dem uns stets innewohnenden Bestreben, uns mit dem Guten nicht zu begnügen, sondern es durch das Bessere zu ersetzen, werden wir jedoch dabei nicht stillstehen, sondern die immer weiter gesteckten Ziele zu erreichen suchen. Doch braucht deshalb nicht alles Alte über Bord geworfen und durch zweifelhaftes Neues ersetzt zu werden; so werden die gewiß aus tiefster Überzeugung und dem heißen Wunsche einer durchgreifenden Besserung entsprungenen letzten Wünsche Neissers (27) von Kirchner (22) als nicht angebracht abgelehnt und eine Sanierung der Prostitution unter Aufhebung der §§ 180 und 361, VI StGB. angedeutet. Diese sollte aber, wann und woher sie auch kommt, nicht vom grünen Tisch, sondern auf Grund von Erfahrungen derjenigen vorgenommen werden, die sich wirklich praktisch mit der Kontrolle, Untersuchung und Behandlung der Prostituierten jeglicher Art beschäftigt haben; und daß dort der Gedanke, den Zwang durch die gewiß idealere Freiheit zu ersetzen, auf recht ernste Bedenken stößt, geht aus vielen der wiedergegebenen Äußerungen hervor und sollte eine Warnung vor gefährlichen Experimenten sein. Der Krieg hat uns ja auch sonst in mancher Beziehung gelehrt, daß der Zwang durchaus nicht immer das schlechteste ist.

Literatur.

1. Blaschko, A., Welche Aufgaben erwachsen dem Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten aus dem Kriege? Leipzig 1915. — 2. Blaschko, A., Vorschläge zur Neuregelung des Prostitutionswesens. Zschr. f. Bek. d. Geschlechtskrkh., 1916, Bd. 17, H. 5, 6. — 3. Block, F., Behandlungszwang für Geschlechtskranke. Zschr. f. Bek. d. Geschlechtskrkh., 1917, Bd. 18, Nr. 1. — 4. Delbanco, E., Zum Kapitel der Beratungs-

Digitized by Google

stellen für Geschlechtskranke. Derm. W., 1917, Bd. 64, Nr. 6. — 5. Dreuw, W., Statt der Beratungsanstalten ein Gesundheitsamt. Ärztl. Vbl., 1916, Nr. 1099. — 6. Dreuw, W., Wie muß die Staatskontrolle der Geschlechtskrankheiten beschaffen sein? Ärztl. Mitt., 1917, Nr. 8. — 7. Dreuw, W., Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege und im Frieden. Berlin 1915. — 8. Ebermeyer, Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. D. m. W., 1917, Nr. 42. — 9. Fabry, J., Reglementierung, Kasernierung und Behandlung der Prostitution in Dortmund. Zschr. f. Bek. d. Geschlechtskrkh., 1916, Bd. 17, H. 5, 6. — 10. Finger, E., Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Hinterlande. Feldärztl. Tagung der k. k. 2. Armee. Lemberg, Februar 1917. W. kl. W., 1917, Nr. 12. — 11. Finger, E., Der Krieg und die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Wien-Leipzig 1916. — 12. Gross, S., Die „Beratungsstelle für Geschlechtskranke" der Wiener Bezirkskrankenkasse. Derm. W., 1916, Bd. 62, Nr. 14. — 13. Hahn, R., Zweck und Einrichtung von Beratungsstellen für Geschlechtskranke. Derm. W., 1916, Bd. 63, Nr. 38. — 14. Hahn, R., Beratungsstellen für Geschlechtskranke. Ärztl. Vbl., 1917, Nr. 1115. — 15. Hecht, H., Ein Vorschlag zur Sanierung der Prostitution. Derm. W., 1917, Bd. 64, S. 212. — 16. Hecht, H., Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei der Abrüstung. W. kl. W., 1916, Nr. 14. — 17. Hübner, Ärztliche Erfahrungen aus der Beratungsstelle für Geschlechtskranke zu Elberfeld. M. m. W., 1917, Nr. 28. — 18. Hützer, Die Beratungsstellen für Geschlechtskranke. M. m. W., 1916, Nr. 35. — 19. Jesionek, A., Der Erlaß des Kgl. Preuß. Kriegsmin. betr. die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. M. m. W., 1917, Nr. 16. — 20. Kalmus, E., Sozial-hygienische Aufgaben der nächsten Zukunft. W. m. W., 1916, Nr. 21. — 21. Kaufmann, Krieg, Geschlechtskrankheiten und Arbeiterversicherung. Berlin 1916. — 22. Kirchner, M., Neue Wege für die Bekämpfung der übertragbaren Geschlechtskrankheiten. Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1917, H. 11, 12. — 23. Klemm, Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Ärztl. Mitt., 1917, Nr. 37. — 24. Kuznitzky, „Wozu der Lärm?" Ärztl. Vbl., 1916, Nr. 1095. — 25. Lesser, E., Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten. B. kl. W., 1917, Nr. 13. — 26. Levin, E., Wie viele Syphilitiker lassen sich ausreichend behandeln? B. kl. W., 1917, Nr. 28. — 27. Neisser, A., Die Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung. Berlin 1916. — 28. Neisser, A., Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten und die Beratungsstellen der Landesversicherungsanstalten. Ärztl. Vbl., 1915, Nr. 1066/1067. — 29. Parlamentsverhandlungen: Reichstagsausschuß für Bevölkerungspolitik. a) Derm. W., 1916, Bd. 63, S. 1161. b) Elster, A., Chronik der sozialen Hygiene. Öff. Gesundheitspfl., 1917, Bd. 2, H. 9. — 30. Sarason, D., Vorschlag einer neuen Organisation des Prostitutionswesens. (Anhang zu: Blaschko, Welche Aufgaben erwachsen . . . Berlin 1915.) — 31. Schild, Zur Kontrolle der Geschlechtskrankheiten. Ärztl. Mitt., 1917, Nr. 14. — 32. Scholtz, W., Über die Tätigkeit der Beratungsstellen für Geschlechtskranke und die Erfolge der jetzigen Syphilisbehandlung. M. m. W., 1917, Nr. 37. — 33. Simon, Ch., Die Organisation der Bekämpfung der venerischen Krankheiten in Italien. Ann. des mal. vénér. Oktober 1916. (Ref. Derm. W., 1917, Bd. 64, S. 141.) — 34. Stern, C., Ist eine Staatskontrolle der Geschlechtskrankheiten möglich? Ärztl. Mitt., 1917, Nr. 11. — 35. Tjaden, Prostitution und Bevölkerungspolitik. D. m. W., 1917, Nr. 35. — 36. Trumpp, Über Ehekonsens und Eheverbot. Münch. Gyn. Ges., 23. XI. 1916. (Ref. M. Kl., 1917, Nr. 1.) — 37. Uhlenhuth, Disk. Unterels. Ärzte-V. Straßburg, 30. VI. 1917. (Ref. D. m. W., 1917, Nr. 38.) — 38. v. Zeissl, M., Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan; wie sollen wir die Bevölkerung des Hinterlandes gegen die venerischen Krankheiten schützen? W. m. W., 1916, Nr. 21. — 39. Zumbusch, Disk. Münch. Gyn. Ges., 23. XI. 1916. (Ref. M. Kl., 1917, Nr. 1.)

(Abgeschlossen am 1. November 1917.)

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Hygiene.

Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von HUGO HECHT-Prag. (W. kl. W., 1916, Nr. 51.) Das Ansteigen der Geschlechtskrankheiten im Heere gibt dem Verf. die Veranlassung, auf einige Punkte hinzuweisen, welche bisher noch nicht die verdiente Würdigung gefunden haben. Den Syphilitikern im sekundären Stadium dürfte keinesfalls ein Heimatsurlaub bewilligt werden. Dieselben sollten vielmehr möglichst rasch an die Front abgeschoben werden. Kein Soldat dürfte ohne Vorlage eines Gesundheitszeugnisses heiraten. Der Verf. empfiehlt ein gesetzliches Eheverbot für Geschlechtskranke. H. Vörner-Leipzig.

Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von F. HAMMER-Stuttgart. (M. m. W., 1917, Nr. 3.) Die Beanspruchung der Beratungsstelle ist in Stuttgart noch eine sehr geringe; HAMMER glaubt, daß auch später die Tätigkeit nicht sehr umfangreich sein wird. Eine der wichtigsten Aufgaben der Beratungsstellen sieht HAMMER in der Ausforschung der Ansteckungsquelle. A. Witte-Bremen.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Hinterlande, von FINGER-Wien. (W. kl. W., 1917, Nr. 12.) Einen wesentlichen Fortschritt in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erblickt der Verf. neben einer Belehrung der Gesunden und Kranken in gesetzlichen Bestimmungen nach Art des dänischen Gesetzes vom 30. März 1916: Behandlungspflicht aller noch ansteckenden Geschlechtskranken; Verbot der Behandlung Geschlechtskranker durch Kurpfuscher, Verbot der brieflichen Behandlung und der Anpreisung von Heilmitteln zur Selbstbehandlung; Zwangsuntersuchung aller einer Geschlechtskrankheit begründet Verdächtigen auf Grund gerichtlichen Ausspruches; Anzeigerecht des Arztes, beschränkt auf jene Fälle, in welchen der Kranke trotz ärztlicher Ermahnung darauf beharrt, etwas zu unternehmen oder zu unterlassen, wodurch er die Gesundheit seiner Mitmenschen gefährdet, und schließlich Bestrafung einer Gefährdung durch eine Geschlechtskrankheit. H. Vörner-Leipzig.

Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von JOHANN FEIN-Wien. (W. m. W., 1917, Nr. 12.) Der Verf. weist nach, daß es ausgeschlossen ist, durch prophylaktische Maßnahmen die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten zu beschränken oder gar zu unterdrücken. Um zu diesem Ziele zu gelangen, fehlt es zurzeit an einem geeigneten Mittel. Doch hofft der Verf., daß die Therapie über diese Krankheiten noch Herrin werden wird. H. Vörner-Leipzig.

Geschlechts- und Hautkrankheiten im Kriege, von E. FINGER-Wien. (M. Kl., 1916, Nr. 23.) In der Einleitung hebt FINGER hervor, daß während des Krieges im Gegensatze zu den anderen medizinischen Spezialgebieten die Dermatologie respektive Syphilidologie ihre Kenntnisse mehr quantitativ bereichern konnte, als daß neue einschlägige Fälle zur Beobachtung gekommen wären. Die in allen Kriegen gesammelte Erfahrung von der bedeutenden Vermehrung der Geschlechtskrankheiten hat sich auch dieses Mal bestätigt; und mit der allgemeinen Vermehrung sind auch die seltenen Fälle häufiger geworden. Die größte Krankheitsziffer wies wie stets die Blennorrhoe auf, welche im akuten Stadium fast ausschließlich im Lazarett die Chancen der Heilung bietet; auch die chronisch verlaufenden Fälle werden in ihrer Ausheilung durch fast unvermeidliche Schädlichkeiten (z. B. Bewegung) gehindert; infolgedessen sieht man besonders viel und oft schwere Komplikationen (außer Epididymitis auch Iritis und Endokarditis), speziell Arthritis. Auf die Behandlung derselben geht der Verfasser etwas näher ein; er warnt wegen der ankylosierenden Tendenz der blennorrhoischen Arthritis vor fixen, immobilisierenden Verbänden und empfiehlt Alkoholumschläge, Mesotan, und rät, möglichst bald zu Stauung, aktiven und passiven Bewegungen und Massage überzugehen. Für sehr wertvoll bei fast allen Komplikationen der Blennorrhoe hält FINGER die Arthigonbehandlung, und zwar die intravenöse 0,1—0,5 g für wirksamer als die intramuskuläre 0,5—1,0 g in allmählich steigender Dosis; er verabfolgt neue Injektionen immer möglichst bald nach Ablauf der Reaktion der vorhergegangenen. Er hat in einem schweren Falle von Endokarditis die lebensrettende Wirkung des Arthigons beobachten können, wobei jede Injektion von einer Reaktion, d. h. einer Verschlimmerung der objektiven und subjektiven Erscheinungen am Herzen gefolgt war. Häufig zur

Digitized by Google

Beobachtung kommen Fälle von Phimose, veranlaßt durch Sklerosen, Ulcera mollia und Balanitis, von letzterer Erkrankung beschreibt Finger ausführlich ein Krankheitsbild, das bisher meist als phagedänischer harter oder weicher Schanker bezeichnet wurde, und das erst im letzten Jahre vor dem Kriege als Balanitis erosiva und gangraenosa (von den Franzosen als Balanoposthite erosive et pustulo ulcereuse, von Unna und Matzenauer als „Nasokornealgangrän") beschrieben worden ist. Es kommt dabei oft bis zu tiefen Zerstörungen der Oberfläche und des kavernösen Gewebes der Glans und durch Arrosion der Gefäße zu starken Blutungen. Als Erreger sind grobwellige, große, negative Spirochäten und fusiforme, vibrioähnliche, grampositive Stäbchen erwiesen, Formen, wie sie bei der Plaut-Vincentschen Angina, aber auch in der normalen Mundhöhle vorkommen. Die Übertragung erfolgt beim geschlechtlichen Verkehr; doch wäre auch eine solche nicht ausgeschlossen, wenn Mundspeichel an die Genitalien gelangt. Sehr deutlich ist die während des Krieges erfolgte Vermehrung der Ulcera mollia, und zwar sieht man besonders virulente Formen, die durch Autoinokulationen zu häufig beobachteten extragenitalen Ulcera mollia geführt haben. In naturgemäßer Gefolgschaft hat sich auch die Zahl der Bubonen sehr vermehrt. Therapeutisch hat uns der Krieg hier nichts Neues gelehrt, außer den Nutzen von Dauerbädern bestätigt. Was die Syphilis anlangt, so hat uns der Krieg wohl kaum neue Krankheitsformen gezeigt, dagegen hat die zweijährige Beobachtung eines sehr großen Materials die Therapie immer mehr in bestimmte Bahnen gelenkt. Ohne der Bedeutung des Salvarsans respektive Neosalvarsans zu nahe zu treten, kann man wohl sagen, daß die kombinierte Hg-Salvarsanbehandlung der beste therapeutische Weg ist. und daß speziell im frühen Sekundärstadium die Einleitung der Salvarsanbehandlung ohne vorhergegangene oder mindestens gleichzeitige energische Hg-Therapie zu schweren Schädigungen des Patienten führen kann. Bei allen gefahrdrohenden Erscheinungen des zweiten und dritten Stadiums tritt für Finger die Salvarsaneinverleibung an die erste Stelle. Auch bei den Hautkrankheiten sind unsere im Verlaufe des Krieges gesammelten Erfahrungen mehr quantitativ als qualitativ wichtig. Finger meint, die nervösen Dermatosen „Lichen ruber planus und Quinckesches Ödem" so viel häufiger als sonst gesehen zu haben, daß er nicht an einen bloßen Zufall glauben will. Dann beschreibt er ein neues Krankheitsbild, das er nicht recht zu rubrizieren vermag. Den Erscheinungen nach gehörte die Affektion entweder zum „Lichen urticatus" oder „Erythem" oder „Ekzem en plaques"; doch waren immer einige von dem sonstigen Bilde dieser Erkrankungen abweichende Momente vorhanden. Gemeinsam war allen Fällen, daß dieselben durchwegs Verdauungsstörungen zeigten und nach Darreichung gärungswidriger Mittel: Tierkohle, Yoghuftpastillen, Zerolin usw. erhebliche Besserung zeigten; daher ist Finger geneigt, das ätiologische Moment für diese Affektion in der veränderten Nahrung, speziell im Brote zu sehen. Parasitäre Dermatosen und Zoonosen waren sehr verbreitet, und besonders die Skabies infolge der ungünstigen hygienischen Verhältnisse oft mit schwerer Furunkulose kompliziert. Für Dekubitus, Phlegmonen, Erfrierungen hat sich das Wasserbad respektive Wasserbett hervorragend gut bewährt. Es trat schnell Entfieberung ein, die Eitersekretion ließ nach und die Granulationen kamen gut vorwärts. Finger beschreibt am Schlusse eine Einrichtung des Wasserbettes, die sich ihm sehr gut bewährt hat, mittels deren der Patient mit dem Bette leicht von einer Person aus dem Bade gehoben werden kann, so daß die Verunreinigungen des Bades durch Urin und Stuhlgang vermieden werden können. O. Lasch-Breslau.

Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Heere, von Moritz Sattler-Serajewo. (Militärarzt, 1916, Nr. 24.) Bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten spielen die folgenden Faktoren die Hauptrolle: die genaue Überwachung der Prostitution, Belehrung der Mannschaften und genaue Durchführung der prophylaktischen Maßnahmen. In den Bordellen sind in deutscher, ungarischer und kroatischer Sprache Kundmachungen angeschlagen, deren genaue Befolgung durch Sanitätspersonal überwacht wird. Der Soldat, ebenso Offiziere sind verpflichtet, den Namen der Infektionsquelle anzugeben; die Kundmachungen enthalten zehn Paragraphen, und Verordnungen über gründliche Desinfektion. W. Chrzelitzer-Posen.

Statistisches über Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege und im Frieden, von C. Pozzoli-Wien. (W. m. W., 1917, Nr. 20.) Vergleichende Tabellen zwischen den Kranken, welche in der Zeit von 1912—1916 das Ambulatorium des Verf. aufsuchten, ergaben eine absolute Abnahme der Frequenz in den Kriegsjahren, ein gleiches prozentuales Verhältnis zwischen Haut- und Geschlechtskrankheiten, eine relative Abnahme der Lues und eine Zunahme der Tripper- und Ulcus molle-Erkrankungen,

Digitized by Google

eine merkliche Zunahme der geschlechtskranken Frauen unter 20 Jahren, und eine bedeutende Zunahme der parasitären Erkrankungen, besonders der Krätze.

H. Vörner-Leipzig.

Demobilisierung und Geschlechtskrankheiten, von Max Horn-Usora (Bosnien). (W. m. W., 1916, Nr. 47.) Bei Friedensschluß bietet die übliche Untersuchung der Heeresangehörigen keine Gewähr, vielmehr ist bei jedem blennorrhoisch infiziert Gewesenen durch Untersuchung auf Gonokokken, eventuell nach provokatorischer Reizung, und bei jedem Luetiker durch die Wassermann-Reaktion unter Berücksichtigung der bisherigen Kuren die notwendige Sicherheit zu gewinnen. Der Verf. hält es für nötig, alle geschlechtskranken Soldaten beim Friedensschluß zu isolieren, alle jemals geschlechtskrank gewesenen einer obligatorischen Untersuchung zu unterwerfen. Eine Zentralnachweisstelle hätte sich Belege für alle im Kriege venerisch Erkrankten zu verschaffen und die Entlassung derselben zu kontrollieren. H. Vörner-Leipzig.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Die Beziehung der Diät zu Hautkrankheiten, von Albert Strickler-Philadelphia. (New York m. J., 9. Sept. 1916.) Str. kam bei seinen Untersuchungen zu folgenden Schlüssen. Bei Psoriasis haben wir es mit einer durch Störung des Stickstoffwechsels bedingten Affektion zu tun; bei diesem Hautleiden besteht eine ausgesprochene Stickstoffretention, und wenn Patient auf eine niedrige Proteindiät, speziell bei sehr ausgedehnter Eruption, gesetzt wird, so wird das Leiden sehr günstig beeinflußt. Bei Ekzema hat in etwa 50% der Fälle eine Änderung der Diät, wie durch die anaphylaktischen Nahrungsproben erwiesen wurde, gute therapeutische Erfolge gehabt; Str. meint, man sollte in jedem Falle von chronischem Ekzem in Anbetracht der großen Schwierigkeit, dasselbe zur Heilung zu bringen, so handeln. Bei akuter Urtikaria sind die anaphylaktischen Nahrungsproben sowohl vom therapeutischen wie prophylaktischen Standpunkt aus von Bedeutung, bei chronischer Urtikaria ist ihr Wert ein noch umstrittener. Bei Acne vulgaris ist in den meisten Fällen eine intestinale Toxämie, wie durch die Komplementfixationsprobe erwiesen wurde, vorhanden; die Nahrungsproben (Sensibilisation) scheinen bei dieser Affektion keine Rolle zu spielen. Str. schließt sich im ganzen eng an die bekannten, hier wiederholt referierten Untersuchungsergebnisse von Schamberg, Kolmer, Raiziss usw. an.

M. Stern-München.

Anaphylaktische Nahrungsmittel-Reaktionen bei Hautkrankheiten, mit spezieller Beziehung auf Ekzem, von Albert Strickler-Philadelphia. (New York m. J., 29. Juli 1916.) Das Studium der experimentellen Anaphylaxis führte Str. zu folgenden Schlüssen: es gibt eine sensitivierende Substanz proteiner Natur, welche von tierischem Serum oder Pflanzeneiweiß, Milch, Eiereiweiß usw. herrühren kann. Injektionen mit dieser Substanz können intravenös, intraperitoneal, subkutan gemacht oder dieselbe durch kutane Einreibung auf abrasierte Flächen und per os einverleibt werden. Bevor eine Überempfindlichkeit angenommen werden kann, muß zwischen erster und zweiter Inokulation eine Inkubationsperiode festgestellt werden; dieselbe schwankt zwischen 6—12 Tagen. Ist eine Überempfindlichkeit einmal festgestellt, so kann dieselbe jahrelang anhalten und auf die Nachkommenschaft übertragen werden. Die Allgemeinerscheinungen der Anaphylaxis stellen sich meist unmittelbar oder erst nach 5—6 Stunden ein und bestehen aus Atemstörungen, Dyspnoe, Ödem, tonischem Muskelkrampf, Drüsenschwellungen, Albuminurie, Hauthyperämie und urtikariaähnlichen Eruptionen. Auf den anaphylaktischen Chok folgt ein Stadium von Immunität gegen eine baldige Wiederholung der Anaphylaxie; diese sogenannte Antianaphylaxis ist eine absolute, wenn auch nur zeitlich begrenzte und dadurch von der Immunität verschieden. Bei seinen Versuchen an verschiedenartigen Hautkrankheiten wählte Str. den Weg, die Proteine endermatisch einzuverleiben und kam bei insgesamt 46 Fällen zu folgenden Resultaten. Die anaphylaktischen Nahrungsmittelproben sind von diagnostischer sowohl wie therapeutischer Bedeutung bei verschiedenen Hautkrankheiten. Von ganz besonderem Werte sind sie bei Ekzema, wo eine ausgesprochen positive Reaktion Besserung oder Heilung erwarten läßt und in manchen Fällen eine Besserung der gleichzeitigen Magen-Darmstörungen durch Vermeidung der schädlichen Nahrungsmittel beobachtet wurde. Bei chronischer Urtikaria, Acne vulgaris und Psoriasis sind die Resultate dieser Probe wenig ermutigend, insofern als sie in keiner Weise zu therapeutischen Erfolgen führten. Eine sehr schwache Reaktion ist nicht von überzeugendem Werte, wenn es auch ratsam ist,

Digitized by Google

die Diät entsprechend dieser Reaktion zu regeln; wenn nach einigen Wochen keine Besserung eingetreten ist, so sind die anaphylaktischen Befunde als bedeutungslos anzusehen. In Fällen von chronischem Ekzema bieten die anaphylaktischen Nahrungsproben sowohl die Möglichkeit rascher Besserung oder Heilung, wie auch die Aussicht künftiger Immunität durch Anwendung der nun genauer festgestellten prophylaktischen Maßnahmen. Immerhin sind auch nach Verfassers Ansicht noch weitere Versuche notwendig, um den Wert dieser Reaktionsmethode vollständig zu erproben.

M. Stern-München.

Über die Pathologie der urämischen Hauterkrankungen, von Georg B. Gruber-Straßburg i. E. (Arch. f. klin. M., 1917, Bd. 121, H. 4—6.) Wenn man die histologischen Verhältnisse der bei Urämiefällen in Form eines Ausschlages affizierten Haut vergleicht, so fällt der entzündliche Vorgang am meisten in die Augen. Diese Entzündung ist nicht eine spezifische, wohl charakterisierte, für Urämie typische Erscheinungsform. Es ist eine einfache Dermatitis, in der exsudative Momente im Vordergrund stehen. Die Veränderungen regressiver Art treten dagegen meist etwas zurück. Weitere Beobachtungen erlauben die Annahme, daß bei urämischen Hautaffektionen eine endovasal angreifende Noxe die Intima der Hautarteriolen und Kapillaren schädigt und zugleich Anlaß zu der vaskulären und perivaskulären entzündlichen Reaktion gibt, die hauptsächlich als ein exsudativer Prozeß zu gelten hat. Aber auch im proliferativen Sinne kommen entzündliche Vorgänge zur Beobachtung. Denn solche Hautaffektionen sind einer Rückbildung und Heilung fähig. Die bei dieser Hauterkrankung auftretenden absolut nekrotischen Gewebsschäden sind daher als ein von den Entzündungserscheinungen abhängiger Prozeß anzusehen bzw. als Effekt der alterativen Wirkung des Entzündungsprozesses selbst. Die Erfahrung über die Häufigkeit abakterieller, urämischer, serofibrinöser Serosenentzündung neben den Beobachtungen an der Haut von Urämikern läßt einen wichtigen Schluß auf die zunächst überwiegende Bedeutung der Entzündung als Folge des urämischen Reizes zu. Dieser Reiz schädigt, wie es scheint, das Gefäßsystem von Anfang an in Form von Wandstörungen (Endotheldegeneration), die aber durchaus nicht irreparabel sind. Dieser Reiz kann alle Komponenten entzündlicher Reaktion zur Erscheinung bringen, die alterative, die exsudative und gelegentlich auch die proliferative. Welcher Art dieser Reiz ist, kann vorläufig nicht beantwortet werden.

O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Rheumatismus und die Haut, von William P. Cunningham-New York. (M. Record, 13. Nov. 1915.) Zu kurzem Referat nicht geeignet.

R. Frühwald-Leipzig.

Untersuchungen zur Ätiologie und Biologie der Tumoren. 22. Mitteilung von E. Saul-Berlin. (Zbl. f. Bakt., 1917, Bd. 79, H. 6.) An der Hand von Photogrammen erläutert S. die Ätiologie und Biologie des Pflanzentumors (Smith), des Epithelioma contagiosum des Huhnes, des Molluscum contagiosum des Menschen und des Kalkbeinepithelioms des Huhnes. In allen Fällen gelang es S., einen Erreger — Bacillus tumefaciens bzw. Bacillus diphtheriae columbarum bzw. kurze Kettenkokken bzw. Sarcoptes mutans Milla — nachzuweisen.

O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Die anatomische Verteilung der Hauttumoren, von F. T. van Beuren-New York. (J. Am. m. Assoc., 8. Jan. 1916.) An dem Materiale von 9 Jahren zeigt sich, daß die Epitheliome die weitaus häufigsten Hauttumoren sind. Unter den malignen Tumoren zeigen sie eine besondere Vorliebe für Kopf und Hals, während die Sarkome und Melanokarzinome den Stamm und die Extremitäten, besonders die unteren, bevorzugen. Mit anderen Worten, erstere befallen mit Vorliebe unbedeckte, letztere bedeckte Körperstellen. Interessant ist auch, daß die große Mehrzahl der ektodermalen Tumoren (ohne Rücksicht auf die Malignität) die unbedeckten, die mesodermalen die bedeckten Regionen bevorzugen.

R. Frühwald-Leipzig.

Hautaffektionen als erstes Symptom von Mediastinaltumoren, von Heinrich Schur. (W. kl. W., 1917, Nr. 27). In einem Falle, der sich später als ein Lymphosarkom des Mediastinums ergab, entwickelte sich im Beginn des Leidens ein unerträglicher Juckreiz an Handflächen und Fußsohlen, im geringeren Grade am ganzen Körper. Dieser Juckreiz steigerte sich in der Bettwärme und verursachte eine fast absolute Schlaflosigkeit. In einem zweiten Falle zeigte die Kranke ein von den Armen ausgehendes, schließlich universell gewordenes Erythem. Die Diagnose Lymphosarkom des Mediastinums konnte durch Obduktion festgestellt werden. Im dritten Falle bestand eine Schwellung der Lider, auf welchen sich außerdem ein leichtes Ekzem entwickelte. Therapeutisch waren Röntgenbestrahlung und Atoxyl wirksam. H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Trophische Störungen nach Schädelschüssen, von EMANUEL RYCHLIK. (W. kl. W., 1917, Nr. 6.) Unter 156 Fällen wurden 2 Beobachtungen gemacht. Beim 1. Falle trat die Störung sofort ein. Nach der Gehirnverletzung war die linke obere und untere Extremität gelähmt. Während ihrer sechswöchigen Dauer wuchsen die Nägel der linken Hand nicht, sondern bröckelten an der Spitze ab. Nach Rückkehr der Beweglichkeit wuchsen sie wieder normal. Im 2. Falle verging ein ganzes Jahr, ehe sich nach der Verletzung Veränderungen zeigten. Auf der verletzten Seite entstanden weiße Haarbüschel und weiße Flecken im Gesicht. Der Schußrichtung nach handelt es sich um einen Schuß längs der Schädelbasis mit Verletzung des unteren Stirnlappens, wahrscheinlich Verletzung des intrakraniellen Sympathikusgeflechtes. H. Vörner-Leipzig.

Zur Morphologie lymphatischer Hautveränderungen, von G. NOBL-Wien. (W. kl. W., 1916, Nr. 45.) Mitteilung von 5 neuen Beobachtungen. Die 1. betrifft einen 66jährigen Mann mit lymphatischer Pseudoleukämie, knotiger Lymphadenose im Bereiche des Gesichtes, der Arme, Warzenhöfe, Eichel und Prostata und diffusen Infiltraten der Handrücken. Bei einer 2. bestanden leukämische Tumoren der Nase, der Ohren und des Kinns, infiltrierende Erythrodermie der Handrücken, Vorderarme und Ellbogen, Lymphome der Hals-, Achsel- und Leistendrüsen, Milz- und Leberschwellung und sublymphämischer Blutbefund. Ein 3. Patient zeigte lymphatische Tumoren der Ohrläppchen, Leistendrüsenschwellung und relative Lymphozytose. Eine 4. diffuse Lymphadenie der Haut am Stamm und Armen, allgemeine Drüsenschwellung, Milztumor und sublymphämischen Blutbefund. Im letzten Falle bestanden stabiles schilferndes Erythem des Gesichts und der Extremitäten, lymphatische Leukämie, Polyadenie und Milztumor. Sämtliche Erscheinungen reagierten gut auf Röntgenbestrahlung und Arsen. Bemerkungen zum Blutbilde, der Topographie, Histologie, Histiogenese und Ätiologie der Veränderungen. H. Vörner-Leipzig.

Tuberkuloseähnliche Gewebsveränderungen bei Syphilis, Lepra und Sporotrichose, von HOFFMANN. (D. m. W., 1917, Nr. 26.) Durch Untersuchungen am Menschen und durch das Experiment am Kaninchenauge ist der Beweis erbracht worden, daß tuberkuloider Gewebsbau durch Syphilisvirus erzeugt werden kann, was bei histologischer Diagnosenstellung in Betracht gezogen werden muß, um Irrtümer zu vermeiden. Außer bei Syphilis kommen tuberkuloide Strukturen im Haut- und Unterhautgewebe auch bei Lepra, Sporotrichose und anderen Pilzerkrankungen vor. Der tuberkuloide Gewebsbau ist also für Tuberkulose keineswegs so kennzeichnend, wie man es früher annahm. E. Brinitzer-Altona.

Beeinflußt der Krieg die Entstehung oder das Wachstum von Geschwülsten? von D. VON HANSEMANN. (Zschr. f. Krebsforsch., 1916, Bd. 15.) Unter allen Umständen ist von Fall zu Fall zu urteilen. Man darf in keiner Weise verallgemeinern, da aus den Betrachtungen H.s nicht ein einziger Umstand hervorgeht, der auf alle Geschwülste der gleichen Art anzuwenden wäre. Es genügt nicht, den zeitlichen Zusammenhang zwischen der Geschwulst und der Einwirkung irgend einer Schädigung festzustellen, sondern es muß immer der Beweis erbracht werden, daß erstens eine wissenschaftliche Aufklärungsmöglichkeit bestehen muß für die geschwulstbildende Wirkung des Traumas, und zweitens die Möglichkeit vorliegen muß, daß die Geschwulst durch traumatische Einwirkung entstehen kann. Es ist also die Art des Traumas und die Art der Geschwulst festzustellen und bei der Schlußfolgerung zu berücksichtigen. Bei den vielen offenen Fragen auf diesem Gebiet bleibt noch ein weites Feld der individuellen Beurteilung übrig, in der man sich auch vom rein menschlichen Standpunkt aus leiten lassen kann, der in manchen Fällen von der rein wissenschaftlichen Betrachtung vielleicht nicht unwesentlich abweicht. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Wird die Lebensfähigkeit transplantierter Epithelkörper durch die Anwendung von Lokalanästhesie bei der Verpflanzung beeinträchtigt? von ARNOLD PASSOW-Straßburg. (Beitr. z. klin. Chir., 1917, Bd. 104, H. 2.) Die Versuche ergaben, daß man die Operation in Lokalanästhesie bei Anwendung einer 1%igen Novokainlösung ohne Bedenken ausführen kann, während die Kokainisierung des Transplantationsgebietes unter allen Umständen kontraindiziert ist. W. Chrzelitzer-Posen.

Bemerkung über die Beziehung der Bastardierung zur Transplantation, von D. VON HANSEMANN. (Arch. f. Entw., 1917, Bd. 42, H. 1.) H. hat bereits 1909 auf diese Beziehungen hingewiesen, was er gegenüber SCHULTZ (l. c. Bd. 41) aus Prioritätsgründen aufrechterhalten will. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Digitized by Google

Über die Wirkung von Druck auf Immunkörper und Immunreaktionen, von Rudolf Müller-Wien. (W. kl. W., 1917, Nr. 27.) Der Verf. untersuchte Amboceptoren und Komplemente, welche unter Überdruck gestanden hatten, auf ihre Lösungsgeschwindigkeit, ebenso die Einwirkung des Druckes auf die Präzipitation. Es ergab sich, daß diese Körper durch den Druck beeinflußbar sind, und daß die entstehenden Änderungen rhythmischen Schwankungen unterworfen sein können. H. Vörner-Leipzig.

Über die Aufnahme von Metallen, speziell Blei, Zink und Kupfer, durch die Haut, von Christian Vogt-Würzburg und Jean Louis Burkhardt-Basel. (Arch. f. Hyg., 1916, Bd. 85, H. 7 und 8) Die Untersuchungen, welche der Arbeit zugrunde liegen, sind aus gewerbe-hygienischen Gesichtspunkten heraus angestellt, und wenn auch im allgemeinen recht interessant, doch hier zum Referieren nicht geeignet. Der Nachweis, daß von unverletzten Hautstellen aus durch Auflegen von Bleisalben Blei in ziemlich großen Mengen resorbiert wird, ist deutlich erbracht; für Zink und Kupfer wohl auch, doch fehlen hier noch abschließende Versuche. O. Lasch-Breslau.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Die therapeutischen Quellen der modernen Dermatologie, von Moses Scholtz. (Therapeutic Gaz., 1915, Nr. 5.) Allgemeine Besprechung der neueren dermato-therapeutischen Methoden, besonders der Strahlenbehandlung. R. Frühwald-Leipzig.

Kriegsbehandlung der Syphilido-Dermatologie, Fettersparnis, von Kromayer. (D. m. W., 1917, Nr. 26.) Als Injektionsmittel gegen Syphilis verschreibe man an Stelle des Paraffins oder Olivenöls: Hydrarg. salicyl. 1,0, Sol. Hydrarg. oxycyanat (1 : 4000) 10,0, S. Schüttelmixtur. Die Wassersuspensionen machen weniger Schmerzen als die Ölsuspensionen. Die Zinkpaste kann durch eine Karrageenpaste ersetzt werden. Sie läßt sich wie die Fettzinkpaste leicht verstreichen, und alle Medikamente lassen sich ihr in einem beliebigen Prozentsatz einverleiben. Für die Krätzebehandlung empfiehlt sich: Sulf. praec. Decoct. Karrageen (10 : 600) ää 600,0; 4—8 Tage lang morgens und abends einzureiben. Die reizende Wirkung der Jodtinktur wird durch Verdünnung mit Wasser und Zusatz von Jodkali beseitigt. (Rp. Tinct. jodi 5,0—10,0, Aq. 5,0—25,0, Kali jodati 0,5.) Als letztes und bestes, fettloses Mittel ist Röntgen zu erwähnen.

E. Brinitzer-Altona.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Händewaschen (Händedesinfektion) ohne Seife, von Gocht. (D. m. Wschr., 1916, Nr. 41.) Seit 3 Jahren benutzt G. zum Waschen der Hände und Unterarme vor blutigen Operationen statt Seife fein zerkleinerte, pulverisierte Stoffe, wie z. B. Blitzblankpulver. In den letzten Monaten ist G. zu feinstem Alabastergipspulver, wie wir es zur Herstellung der Gipsbinden benutzen, übergegangen und zwar mit gutem Erfolge. Nachdem in 10 Minuten die mechanische Pulverwaschung beendet ist, werden die Hände und Unterarme 3 Minuten lang mit Hilfe eines größeren sterilen Tupfers mit 70%igem Alkohol abgerieben. G. verwendet seit Jahren keinen reinen Spiritus mehr, sondern folgende Mischung: Alkohol (70%) 6, Glyzerin 3 und Paraffinum liquidum 1 Teil. Diese Mischung muß vor dem Gebrauch tüchtig geschüttelt werden. Durch diese Mischung wird die Haut weicher und weniger rissig. E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Priv.-Doz. Dr. Sowade in Halle a. S. erhielt den Titel Professor.

Geh. Hofrat Dr. Veiel in Cannstatt, Präsident der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, feierte den 70. Geburtstag.

Geh. Med.-Rat Prof. Joseph Doutrelepont, gewesener Direktor der dermatologischen Klinik in Bonn, ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

25. Mai 1918 | Nr. 21 | Band 66

Aus der dermatologischen Universitätsklinik in Zürich (Direktor: Prof. Dr. Br. Bloch).

Beitrag zur Frage der mykotischen Dyshidrosis (Kaufmann-Wolf).

Von

Curt v. Graffenried, Assistent der Klinik.

Unter den Dermatosen, deren mykotische Natur durch den mikroskopischen und kulturellen Nachweis von Hyphomyzeten in den letzten Jahren aufgedeckt worden ist, nimmt die sogenannte Dyshidrosis manuum, bzw. das dyshidrotische Ekzem, eine ganz besondere und wichtige Stellung ein.

Der erste, welcher in den bis dahin als ekzematoide Bildungen angesehenen Bläschen der Dyshidrosis Pilze fand und deren ätiologische Bedeutung erkannte, war Sabouraud. Es gelang ihm, darin mikroskopisch und kulturell den Erreger des Ekzema marginatum, das Epidermophyton inguinale, nachzuweisen, nachdem schon vor ihm andere (Pellizari, Dubreuilh, Djélaleddin-Moukhtar) auf den parasitären Charakter mancher Bläschenaffektionen an Händen und Füßen hingewiesen hatten. Die Angaben von Sabouraud sind seither von mehreren Autoren, so besonders von Nicolau und Alexander und Lewandowsky, bestätigt worden.

Einen weiteren sehr erheblichen Fortschritt in der Aufklärung der Ätiologie des dyshidrotischen Ekzems brachten dann die Forschungen von Kaufmann-Wolf, welche als wichtigstes Resultat ergaben, daß außer dem Epidermophyton inguinale auch andere Pilze imstande sind, an Händen und Füßen ein „Ekzema dyshidroticum" zu erzeugen. Sie wies in nicht weniger als 25 Fällen (wovon 13 in Berlin, 5 in Wien, 7 in Paris beobachtet) Pilze nach und spricht diese als Erreger der von ihr beobachteten dyshidrotischen Dermatose an. Sie nimmt an, daß ungefähr $^1/_3$ der Fälle von sogenanntem Ekzema dyshidroticum tatsächlich Pilzinfektionen sind, und kommt daher zum Schlusse, daß immer, wenn dieses Krankheitsbild vorzuliegen scheint, sorgfältig nach Pilzen zu fahnden sei. Je nach den klinischen Erscheinungen teilt Kaufmann-Wolf die Affektion in eine mehr squamöse und vesikulöse ein, wozu noch die Kombination mit Pustelbildung treten kann. Die Pilzfäden finden sich nur in der Hornschicht, parallel mit der Oberfläche verlaufend, nie in dem Innern der Bläschen selber.

In mykologischer Hinsicht ist das wichtigste Resultat der Kaufmann-Wolfschen Untersuchungen dasjenige, daß ein großer, ja der weitaus vorwiegende Teil ihrer Dyshidrosisfälle nicht vom Sabouraudschen Epidermophyton inguinale, sondern von einer ganzen Reihe von anderen Hyphomyzetenarten verursacht ist. Es ergibt sich also daraus, daß die mykotische Form des Ekzema dyshidroticum keine ätiologische Einheit darstellt, und es bestätigt sich hiermit wiederum die in der Dermatomykosenforschung so oft gemachte allgemein pathologische Erfahrung, daß für die Morphologie der klinischen und histologischen Krankheitserscheinungen die Beschaffenheit des Terrains von größerer Bedeutung ist als die Art des infizierenden Pilzes. Kaufmann-Wolf fand in ihren 25 Fällen folgende Pilzarten:

1. 2mal das Epidermophyton inguinale,
2. 1mal ein Mikrosporon lanosum,
3. 1mal ein Achorion Quinckeanum,
4. 1mal eine völlig unbekannte Varietät.

Digitized by Google

5. In 17 Fällen konnte Kaufmann-Wolf einen neuen, zum erstenmal von ihr gezüchteten Pilz nachweisen, der auch in Wien und Paris beobachtet wurde.

In kultureller Beziehung handelt es sich um einen erst ganz weißflaumigen, rasch wachsenden Pilz, der nach einigen Wochen leicht bestäubt aussieht, konzentrisch geschichtet ist und einen gelblichen Farbenton annimmt. Eine exakte botanische Bestimmung dieses Pilzes konnte nicht erbracht werden.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte spiralig aufgerollte Hyphen, reichliche Gonidienbildung, jedoch keine gefächerten Spindelzellen. Sabouraud und Plaut wie Kaufmann-Wolf nehmen an, daß der Pilz dem Trichophyton equinum nahesteht, d. h. in die Gruppe der flaumigen, großsporigen Ektothrixformen gehört. Er unterscheidet sich jedoch von diesen dadurch, daß auf steriler Kartoffel kein gelblich-bräunlicher Farbstoff entsteht, die Unterfläche von alten Kulturen nicht immer so intensiv rot erscheint wie die des Trichophyton equinum, die Inokulation schwer gelingt und oberflächlicher und flüchtiger ist.

Weitere Angaben über Pilzerkrankungen der Hände und Füße dyshidrotischer Form verdanken wir Schramek, welcher auf Grund der Arbeit von Kaufmann-Wolf über 55 meist kasuistische Beobachtungen berichtet.

Er führt aus, daß seine sämtlichen Fälle das Bild der Dyshidrosis oder des Ekzems aufweisen und ebenfalls vesikulöse, squamöse und pyodermieartige Formen unterschieden werden können, die meist nebeneinander auftreten. In bezug auf die Lokalisation bezeichnet Schramek als ersten Sitz an den Händen namentlich die Interdigitalfalten, an den Füßen den Innenrand der Fußsohle, dann die mediale Seite und die Zehen. Es folgen Angaben kasuistischer Natur unter Beifügung von Krankengeschichten. In zwei Fällen, wo die Erkrankung zuerst an den Füßen, erst später an den Händen auftrat, ergab der Pilznachweis an den ersteren stets ein positives, an den Händen dagegen ein negatives Resultat. In Anbetracht der Ähnlichkeit des klinischen Bildes und der günstigen Beeinflussung durch eine antiparasitäre Therapie rechnet er auch solche Fälle als durch Pilze hervorgerufen, um so mehr, als auch Fälle beobachtet wurden, wo die Erkrankung nur die Hände in Mitleidenschaft gezogen hatte und der Pilzbefund wie die Kultur aus den Decken und Schuppen positiv war.

Des weiteren fand Schramek und beweist es an Hand von sechs Krankengeschichten, daß nicht nur in den erkrankten Hautpartien der Pilznachweis positiv war, sondern auch abseits davon in anscheinend völlig normaler Haut. So gelang es ihm auch histologisch, noch bis zu 10 cm vom ursprünglichen Krankheitsherd entfernt, Pilzelemente zu finden. Nach seiner Ansicht stehen die Pilze mit der Erkrankung in ursächlichem Zusammenhang und treten nicht saprophytisch auf, da es nicht gelungen ist, an Füßen mit völlig normalem Hautbefund solche Pilze nachzuweisen. Über die Rolle, welche die Hyperhidrosis für das Zustandekommen der Mykose spielt, kommt Schramek zu keinem abschließenden Urteil, da bei den von ihm beobachteten 55 Fällen neun an starker Hyperhidrosis, 25 an mäßiger litten, während 21 davon frei waren; jedoch traten sämtliche Fälle in der heißen Jahreszeit auf. Auch Schramek kommt zum Schluß, wie Kaufmann-Wolf, daß schweißdurchtränkte Haut für das Pilzwachstum fördernd sei.

Die Übertragung der Pilze konnte nicht aufgeklärt werden, da Einreibungsversuche, auch an hyperhidrotischen Füßen vorgenommen, resultatlos verliefen.

Das Tierexperiment, an Meerschweinchen vorgenommen, ergab eine sehr abortiv verlaufende Infektion.

Kulturell ist Schramek aufgefallen, daß der Pilz sich nicht nur in der Haut der Füße, sondern auch in der Kultur sich schnell ausbreite. Der Nachweis gelang in allen Fällen auf Maltose- oder Glukose-Agar nach der Sabouraudschen Vorschrift. Es wuchs ein den Nährboden schnell überziehender, sehr üppiger Pilzrasen von weißer Farbe und flaumigem Aussehen. In kurzer Zeit traten konzentrische Kreise oder Schichtung in dem Belage auf. Auch Schramek nimmt daher auf Grund seiner Kulturen an, daß der Pilz dem Trichophyton equinum nahesteht. Die mikroskopische Untersuchung der Schuppen und Blasendecken der Fußhaut ergab stets ein vielfach sich durchflechtendes Myzelgeflecht mit häufig segmentierten, gebogenen oder gewellten Fäden, jedoch nie gonidienähnlichen Formen.

Die Kaufmann-Wolfsche Entdeckung ist zweifellos sowohl in praktischer als in theoretischer Hinsicht wichtig und interessant. Es ist aber

Digitized by Google

zu betonen, daß die ätiologische Bedeutung der von ihr gefundenen Pilze für die Dyshidrosis manuum noch nicht über alle Zweifel erhaben ist; weder Kaufmann-Wolf selber noch Schramek scheint es gelungen zu sein, mit den Reinkulturen der von ihnen gefundenen Pilze das ursprüngliche Krankheitsbild bei Tier oder Mensch experimentell hervorzurufen.

Dieser Nachweis muß jedoch, wenn den gefundenen Pilzen wirklich die ausschlaggebende Rolle für die Pathogenese der Dyshidrosis nachgewiesen werden soll, unbedingt verlangt werden, um so mehr als Pilze nur in ungefähr ein Drittel der Fälle überhaupt gefunden werden. Auffallend ist ferner, daß die Myzelien nur in der Hornschicht liegen, daß Schramek sie auch in der den Krankheitsherd umgebenden gesunden Epidermis nachgewiesen hat, daß sie einige Male sich beim gleichen Individuum nur in den Bläschen der Füße, nicht aber der Hände vorfanden, und schließlich daß nicht eine Pilzart, sondern gleich eine ganze Anzahl verschiedener Stämme gezüchtet werden konnte.

Angesichts dieser Sachlage erscheint es mir berechtigt, über zwei in der Zürcher dermatologischen Klinik beobachtete einschlägige Fälle und die daran sich anschließenden, die erwähnten Zweifel endgültig klärenden Experimente zu berichten.

Ich lasse zunächst die Krankengeschichten folgen:

1. Fall. 2. VII. 1917. 48jähriger Schuhmacher. Die Hauterkrankung begann vor ungefähr 3 Wochen mit stark juckenden Bläschen an den Füßen; 14 Tage später traten ebensolche Bläschen auch an den Händen auf.

Beim Eintritt in die Klinik zeigte sich die Haut an beiden Händen und Füßen rechts und links in annähernd symmetrischer Weise befallen.

An den Händen erstreckt sich die Affektion auf die Handgelenkbeuge, von da ausgehend auf die Außenseite des Daumens und den Daumenballen, ferner auf die Streckseite der Finger und Handrücken, Ulnarseite des kleinen Fingers und ganz besonders auf die einander zugekehrten Seitenflächen der Finger. Palma manus und Beugeseite der Finger sind vollständig frei.

Die Affektion setzt sich zusammen aus stecknadelspitz- bis kopfgroßen, durch Zusammenfließen manchmal auch größeren Bläschen. Die Bläschen liegen in der Haut und wölben dieselbe oft etwas vor und scheinen durch die gespannte Decke gelatinös-sagoartig durch. Ihre Farbe ist rosarot mit einem gelblichen oder hellbräunlichen Stich. Bei schräger Beleuchtung sind sie hellglänzend, die umgebende Haut ist nicht gerötet. An zahlreichen Stellen stehen sie in größter Zahl dicht beisammen, konfluieren zu größeren Gruppen, fast keine normale Haut zwischen sich lassend. Es kommen so größere, unregelmäßig gestaltete, höckerig drusige Herde zusammen. An manchen Stellen sind die Bläschen isoliert. Der Inhalt der Bläschen besteht aus einer serösen, etwas dicklichen, fadenziehenden Flüssigkeit, nirgends Andeutung von Pustulierung. Die Affektion an den Händen gleicht in jeder Beziehung dem Bilde der Dyshidrosis.

Auch an den unteren Extremitäten ist die Verteilung eine symmetrische. Befallen sind die Fersen, die Seitenteile der Füße, unterhalb der Malleolen bis gegen die Zehen zu, und auch die angrenzenden Partien der Plantae. Am linken Fuß sind außerdem befallen die zweite und dritte Zehe und zwar dorsal und an den einander zugekehrten Flächen, an ihrem Grunde etwas auf den Fußrücken übergreifend.

Die Primäreffloreszenzen an den Füßen sind, genau wie an den Händen, pralle, gelatinös durchscheinende, froschlaichartige Bläschen, stecknadel- bis senfkorngroß, isoliert stehend, oder oft zu herpesartigen Gruppen vereinigt. In der Umgebung dieser größeren Bläschen finden sich, zahlreich in die Haut eingesprengt, kleinste, kaum stecknadelspitzgroße Bläschen. Manchmal liegen die Bläschen in größeren Gruppen zusammen und bilden dann höckrig drusige, maulbeerartige Herde. Vielfach sind aber hier die ursprünglichen reinen Bläschenformen umgewandelt. Der Inhalt ist eitrig getrübt, oft

Digitized by Google

nur in der unteren Hälfte, hypopyonartig, die umgebende Haut ist stark gerötet und entzündet.

Auf der Innenseite beider Füße, etwas unterhalb und hinter dem Malleolus internus, findet sich ein etwa fünffrankstückgroßer Herd, innerhalb welchem die Haut lediglich gerötet oder livide verfärbt und von grauweißen Schuppen bedeckt und von der obersten Epidermisschicht entblößt ist. Die Begrenzung dieses Herdes ist ziemlich scharf, rund, und wird durch losgelöste, kragenartig emporgehobene, schuppenartige Epidermis gebildet. Von diesem Rand aus findet direkt der Übergang in massenhafte Bläschen und Pusteln statt, welche diese Herde umgeben und die direkte Fortsetzung derselben bilden.

Am linken Fuß sind ferner die zweite und dritte Zehe befallen. Auf dem Dorsum beider Zehen, besonders reichlich um den Ansatz der Zehen herum, und gegen die einander zugekehrten Seiten dieser Zehen finden sich dieselben Bläschen und Pusteln, wie sie oben für die Fersengegend beschrieben wurden. Die Bläschen gehen in der Interdigitalfalte selber über in eine teils schuppende, teils mazerierte, offensichtlich ebenfalls aus geplatzten Bläschen entstandene Hautveränderung. Es bildet hier die Interdigitalfalte somit das Zentrum des Herdes. Die Haut ist hier gerötet, teilweise mazeriert, teils mit Schuppen überlagert, und darum herum ziehen sich auf allen drei Seiten gegen das Dorsum der Zehen sowohl als auch am Grunde der Zehen gegen den Fußrücken hin die beschriebenen Bläschen.

Aus dem weiteren Verlaufe der Krankheit ist hervorzuheben, daß die bloße Behandlung mit Jodtinkturbepinselung, wie sie Kaufmann-Wolf angegeben hat, nicht zum Ziele führte, sondern daß erst die Anwendung einer Zinkpaste, der Chrysarobin, Schwefel und Resorzin beigegeben war, in einigen Wochen die Heilung veranlaßte.

Mikroskopische Untersuchung der Bläschendecken, der Schuppen und des Bläscheninhaltes: In der Epidermis der Bläschendecken, der Schuppen, welche der Fußaffektion entnommen war, gelang es mit Leichtigkeit, massenhaft septierte und verzweigte Myzelfäden darzustellen. In dem Bläscheninhalt selber fanden sich keine Pilze, sondern nur Detritus, abgestoßene Epithelien, fibrinartiges Gerinnsel und Leukozyten.

Vollständig ergebnislos blieb die Untersuchung von Bläschendecken und Epithelpartikelchen, welche von der Affektion der Hände entstammten, trotz sehr zahlreicher darauf gerichteter Bemühungen.

Histologische Untersuchung: Es wurden an der Innenseite des rechten Fußes zwei kleine Bläschengruppen exzidiert. Das Ergebnis der histologischen Untersuchung bestätigt im wesentlichen die Angaben, die Kaufmann-Wolf gemacht hat.

a) Veränderungen im Epithel: Die Hornschicht ist der Region entsprechend mächtig ausgebildet. Hierauf folgt ein deutlich ausgeprägtes, 2—3reihiges Stratum granulosum und die übrigen ebenfalls normalerweise ausgebildeten Epidermisschichten. Die auffälligste pathologische Veränderung innerhalb des Epithels besteht in einer Bläschenbildung. Die Zahl der Bläschen wechselt in den einzelnen Schnitten von 2—5, selten mehr. An Hand der verschiedenen Bläschen läßt sich die ganze Entwicklung dieser Gebilde von ihrem ersten Entstehen bis zum Verschwinden gut verfolgen.

Das erste, was sich bei diesem Vorgange in der Epidermis abspielt, ist die Aufhellung in einem kleineren umschriebenen Bezirk, der Stachelschicht. Diese Aufhellung rührt davon her, daß in diesem Bezirke die Epidermiszellen durch ein parenchymatöses Ödem größer und blasser tingiert erscheinen; zugleich lockert sich auch bereits der Verband der einzelnen Zellen. Die Protosplasmafäden werden auseinandergezerrt, und es entstehen zwischen den einzelnen Zellen unregelmäßig hell gefärbte Lücken. In einem weiteren Stadium verbreitern sich diese Lücken, und es resultiert daraus ein Status spongiosus. Bereits sieht man auch innerhalb dieser Lücken Wanderzellen auftreten, welche den subepithelialen, perivaskulären Infiltraten entstammen. Durch die Ausdehnung dieser Lücken einerseits und das vollständige Zugrundegehen der Epithelien andererseits kommt es nun zur Ausbildung von eigentlichen Bläschen.

Ihr Sitz ist gewöhnlich die oberste Stachelzellage, direkt unter dem Stratum keratohyalinicum. Die jüngsten, d. h. kleinsten Bläschen sind sehr viel weniger scharf begrenzt als die älteren. Die Wandung wird gebildet von den umgebenden Epithelien, die zum großen Teil bereits selber den Zusammenhang mit der Nachbarschaft verloren haben und in hydropischer Auflösung begriffen sind.

Die Form der Bläschen ist unregelmäßig, rundlich oder oval. Der Inhalt besteht aus fibrinartigem Gerinnsel, körnigem Detritus, mehr oder minder zahlreichen Leukozytenhaufen und vereinzelten, in Degeneration begriffenen Epithelien und Epitheliuseln, letz-

Digitized by Google

tere mit schwach gefärbten Kernen und unscharf begrenztem, zerfließendem Protoplasma. In der Umgebung dieser Bläschen besteht fast durchweg ein deutliches parenchymatöses und interzelluläres Ödem, der Zusammenhang der Epithelien ist gelockert, ihre Anordnung eine unregelmäßige, die interzellulären Spalten sind unregelmäßig buchtig. An manchen Stellen kommt es bis zur Bildung eines beginnenden Status spongiosus. Die größeren Blasen zeigen im wesentlichen denselben Bau wie die kleineren. Sie erstrecken sich über mehrere Papillen hin, die größten sind schon makroskopisch sehr gut sichtbar, bis halbstecknadelkopfgroß. Diese sind dann meistens von ovaler Form oder länglich, den größeren Durchmesser parallel zur Oberfläche. Sie können sich durch die ganze Epidermis hindurch erstrecken, so daß die Decke direkt von der normalen oder parakeratotischen Hornschicht, der Boden von einer ganz schmalen Reihe plattgedrückter, spindelig oder stäbchenartig aussehender Keimschichtzellen gebildet wird. Der Inhalt besteht aus Detritus, Leukozyten und einzelnen zugrunde gegangenen Epithelien. In der ganzen Umgebung dieser Blasen erscheinen die Epithelien platt gedrückt, schmal, wie spindelig, dicht aneinander liegend und bilden so eine Art von Kapsel um die Blase herum.

Schließlich läßt sich auch noch an einigen Stellen der Heilungsprozeß verfolgen. Die Blase wird nach oben geschoben, ihr Inhalt trocknet zu einer amorphen, stark gefärbten Masse ein, so daß die ganze Effloreszenz nur noch als eine schmale Kruste erscheint, die nach unten von einer parakeratotischen Hornschicht begrenzt wird. Weiter nach unten, von der Parakeratose durch einen schmalen unregelmäßigen Spalt getrennt, folgt normale, kernlose Hornschicht und hierauf neu gebildete, normale, höchstens leicht akanthotische Epidermis. In der Umgebung der größeren Blasen sind die Reteleisten sowohl in der Länge als in der Breite größer als normal. Im übrigen zeigt die Epidermis durchweg normale Dicke ohne Zeichen von Hypertrophie.

b) Veränderungen in der Kutis: In der Kutis finden sich lediglich Zeichen einer im ganzen wenig intensiven Entzündung. Diese ist am deutlichsten ausgesprochen direkt unterhalb der in Entstehung begriffenen Bläschen. An diesen Stellen sind die Gefäße etwas erweitert und von einem dichten Mantel von Leukozyten umgeben. Von diesen Punkten aus lassen sich Schwärme von Leukozyten durch die Epidermis hindurch bis in die in Entwicklung begriffenen Bläschenformationen verfolgen. Im übrigen zeigen sich in der Kutis keine abnormen Veränderungen, die elastischen Fasern sind unverändert.

c) Pilzbefunde: Pilze finden sich in fast sämtlichen Schnitten ziemlich reichlich, sie sind aber ausschließlich in der Hornschicht anzutreffen. Hier findet man innerhalb der Hornlamellen und mit ihnen parallel verlaufend kürzere und längere, ziemlich breite, protoplasmareiche, gewundene Fäden. Dieselben sind fast durchweg septiert und zeigen entweder einen homogenen, stark lichtbrechenden oder leicht gekörnten Inhalt. An manchen Stellen sind deutliche Verzweigungen der Fäden zu konstatieren. Die Fäden nehmen die Färbung nur schlecht an, relativ am besten noch das polychrome Methylenblau. Sie sind aber trotzdem infolge der stärkeren Lichtbrechung leicht zu verfolgen. Diese Pilzfäden finden sich vor allem in den mittleren und oberen Schichten des Stratum corneum, doch finden sich auch, wenn schon weniger zahlreich, im unteren Drittel der Hornschicht solche Myzelien. Ein direktes Verhältnis zwischen Pilzreichtum und Grad der pathologisch-histologischen Veränderung in dem Sinne, daß sich in der über den Bläschen liegenden Hornschicht allein oder auch nur in vorwiegendem Maße die Pilzansammlungen fänden, ist nicht zu konstatieren. Vielmehr breiten sich die Myzelien im allgemeinen gleichmäßig in der Hornschicht aus, ohne Rücksicht darauf, ob die darunterliegende Epidermis normal oder entzündlich verändert ist. Dementsprechend finden wir auch innerhalb der in Entstehung begriffenen oder voll ausgebildeten Bläschen keine Pilzelemente.

Nur in einem Bläschen ist zu konstatieren, daß nicht nur vereinzelte Fäden durch die Hornschicht hindurch bis an die Bläschendecke vordringen, sondern es findet sich hier sogar ein deutliches kurzes septiertes Myzelstück innerhalb des Bläschens zwischen Epithelien und Leukozyten, welche hier die obere Wandkleidung bilden. Dieses Myzelstück ist stärker geschwollen als die entsprechenden Myzelien in der Hornschicht, es zeigt auch ferner Veränderungen, indem das Protoplasma innerhalb der Glieder dunkler gefärbt ist, sporenartig kontrahiert, rundlich, die Wand etwas breiter.

Kulturversuche: Sehr zahlreiche Kulturversuche wurden mit Epidermispartikelchen aus der Affektion der Hände gemacht. Sie verliefen ausnahmslos negativ; dagegen gelang es sehr leicht, auf Maltose-Agar, der mit Epidermis von den Krankheitsherden der Füße beschickt war, Reinkulturen zu züchten. Es wuchsen flach erhabene,

Digitized by Google

scheibenförmige Kolonien, die nach 20 Tagen einen Durchmesser von ungefähr 1 cm erreichten. Die Farbe der Kolonien ist rein weiß, etwa einmal auch mit einem leicht gelblichen Stich. Das Zentrum ist äußerst fein bestäubt, der Rand fein radiär. Nach einiger Zeit wird die ganze Kultur pleomorph, flaumig.

Mikroskopisch finden sich lange gekrümmte, vielfach septierte, oft auch unregelmäßig perlschnurartig aufgetriebene Myzelien mit Bildung von Chlamydosporen und peitschenartig geschwungene, viel schmälere und viel weniger reichlich septierte Lufthyphen, ferner außerordentlich zahlreiche, kleine, elliptische, den Seitenzweigen ährenartig aufsitzende Sporen. Spindelsporen fehlen vollkommen.

Es dürfte sich dieser Beschreibung nach um denselben Pilz handeln, den Kaufmann-Wolf in dem Hauptteil ihrer Dyshidrosisfälle gefunden hat.

II. Fall. 8. VIII. 1917. Es handelt sich um einen 25jährigen Studenten, bei dem die Affektion vor 14 Tagen am Daumen der linken Hand aufgetreten war; bald darauf Auftreten von Bläschen an der Innenseite des kleinen Fingers derselben Hand. Bei der Aufnahme zeigte sich folgender Befund: Dorsal an der Grundphalange des Daumens der linken Hand findet sich ein ovaler, etwas über zehncentimestückgroßer Herd, der folgende Beschaffenheit aufweist. Die Haut fühlt sich daselbst rauh an, zeigt am Rande des Herdes leichte Schuppung, in der Mitte Felderung. Die Randpartie weist mehrere, ungefähr stecknadelkopfgroße, tief sitzende, sagokörnerähnliche Bläschen auf, die auf leicht geröteter Haut sitzen; einzelne davon sind weißlich getrübt. Am Nagelglied des Daumens sitzt ebenfalls ein vereinzeltes, mit ziemlich derber Decke versehenes Bläschen, so auch an der Innenseite der Endphalange des kleinen Fingers.

9. VIII. 1917. Es sind wieder vereinzelte neue Bläschen am Daumen aufgetreten, auch zeigt sich heute am linken Fuß an der Innenseite der vierten Zehe, wo die Haut weiß und leicht mazeriert ist, zum Teil krümelig, ein kleines vereinzeltes Bläschen. Der Pilzbefund im Aufhellungspräparat der Bläschen der Hand und des Fußes zeigt reichlich verzweigte, septierte Pilzelemente in Form von Myzelfäden.

Mikroskopisch war der Befund derselbe wie bei Fall I, ebenso ergaben die Kulturversuche sowohl von der Affektion der Hände als der Füße denselben Pilzstamm wie im Falle I.

Impfversuche:

a) Beim Menschen. Wir gingen zunächst so vor, daß wir die Reinkulturen der gezüchteten Pilze auf die Haut von Händen und Füßen anderer Patienten kräftig einrieben. Das Resultat dieser Versuche war negativ, indem nur leicht vorübergehende Rötung, nie aber Krankheitsherde, die dem ursprünglichen glichen, auftraten. Auch der Versuch, den Pilz in die sterile dyshidrotische Affektion der Hände des Patienten des I. Falles auf diese Weise zu inokulieren, schlug vollkommen fehl.

Erst als ich dazu überging, die zu inokulierende Haut während einiger Tage vor der Impfung sowie in der ersten Zeit nach der Impfung durch feuchte Verbände zu mazerieren, um so die Haftung der Pilze zu erleichtern, gelangen sämtliche Versuche. Es wurden so progressiv und rasch sich ausbreitende Krankheitsherde erzeugt, welche den ursprünglichen in jeder Hinsicht glichen, im klinischen Aussehen, im Pilzbefund, im Verlauf und in der Hartnäckigkeit gegenüber der Therapie. Die Rückimpfungen ergaben ausnahmslos den ursprünglichen Pilzstamm in Reinkulturen.

Aus der großen Serie der vorgenommenen Impfungen führe ich hier nur folgende an:

Versuch. Ein Patient R. wird am 12. XII. 1917 geimpft, indem ihm auf eine über fünffrankstückgroße, während der vorhergehenden Tage durchfeuchtete Hautstelle an der Außenseite des rechten Fußes in zwei Zonen, oben nur durch leichtes Bestreichen mit einem Spatel, unten durch Einreiben mit Glaspapier eine ungefähr zwei Monate alte Kultur des Pilzes eingerieben wird. Darauf feuchter Verband (mit NaCl-Lösung), der morgens und abends gewechselt wurde.

13. XII. Leichte blasse Rötung an der Inokulationsstelle, unten etwas stärker; keine Infiltration.

14. XII. Die Rötung schreitet rasch fort, an der stärker eingeriebenen Stelle ist die Rötung leicht hämorrhagisch geworden, erhaben und verbunden mit leichter Infiltration. Scharfe Abgrenzung beider Zonen.

15. XII. Die Rötung und Entzündung der eingeriebenen Stelle ist noch stärker geworden, sie ist deutlich über das Hautniveau erhaben, von fast dunkelblauroter Farbe. Bei genauem Zusehen sind zentrale, stecknadelspitzgroße Bläschen sichtbar.

Digitized by Google

17. XII. Der Herd läßt nun deutlich zwei Zonen unterscheiden, und zwar entsprechend dem Unterschied der Stärke der Inokulation. Seine Größe entspricht nun ungefähr einem kindlichen Handteller. Die obere Partie zeigt nur eine leichte Rötung, auf welcher zerstreut einzelne helle, im Niveau der Haut gelegene, stecknadelspitzgroße Bläschen stehen, von denen der größere Teil durch Kratzen zerstört worden ist und jetzt nur noch als kleinste, runde Krüstchen sich darstellen. Der untere Teil des Herdes, nämlich der durch kräftiges Einreiben behandelte, zeigt einen bedeutend stärkeren Grad der Entzündung, indem dort die Haut in toto intensiv gerötet und leicht infiltriert ist, während im Zentrum nur eine mehr oder weniger starke Schuppung besteht. Auch dieser Herd zeigt besonders am Rande eine dichte Aussaat von Bläschen und teilweise auch Pustelchen, von ungefähr derselben Größe wie oben. Die Grenzen gegen die gesunde Haut sind nirgends scharf, sondern es findet sich eine Zone, in welcher vereinzelte, kleinste, frische, von einem lebhaften Enzündungshof umsäumte Bläschen stehen.

Die mikroskopische Untersuchung einer Bläschendecke oder einer Hautschuppe am Rande des Herdes ergibt zahlreiche, gewundene, septierte Myzelfäden.

18. XII. Das klinische Aussehen des Herdes hat sich wesentlich verändert. An Stelle der Rötung ist jetzt ein mehr bläulicher Farbton getreten, indem offenbar neben der Hyperämie und Exsudation noch Hämorrhagien hinzugetreten sind. Auch das Aussehen der Bläschen hat sich verändert, indem nun die meisten durch Trübung des Inhaltes als Pustelchen imponieren. Einzelne unter ihnen haben bereits Kleinstecknadelkopfgröße erreicht. In der Umgebung des Herdes sind in der gesunden Haut nun ebenfalls kleinste Bläschen aufgetreten.

20. XII. Es werden kleinste Hautpartikelchen auf Maltose-Agar übertragen. (In der Folge gehen die vorher beschriebenen typischen Reinkulturen auf.)

24. XII. Der ganze Herd ist nun bis gut Handtellergröße angewachsen. Die Trennung zwischen oberem und unterem Teile ist verwischt. Im Zentrum stark verdünnte, rissige Epidermis, mit eingetrockneten Krusten, die hämorrhagischen Erscheinungen sind stark zurückgegangen, während am Rande ein ständiges Weiterschreiten des Prozesses zu beobachten ist. Der Randwall ist mäßig erhaben, zeigt starke Infiltration und Entzündung und ist mit einem ganzen Kranze stecknadelkopf- bis linsengroßer, gelblich getrübter, tiefsitzender Bläschen besetzt, mit stark entzündlicher Rötung der sie umgebenden Haut. Wo die Bläschen geplatzt sind, mäßige Sekretion und Krustenbildung. Patient klagt über starkes Jucken.

25. XII. Aussetzen mit feuchten Umschlägen, Trockenverband.

26. XII. Es treten am Rande des Herdes und entfernt davon stets wieder neue Bläschen mit starkem Entzündungshof auf. Im Zentrum ist die Haut rissig, mit oberflächlicher Schuppung. Pilznachweis mikroskopisch positiv.

27. XII. Beginn der antiparasitären Behandlung. Eröffnen der Bläschen, Jodpinselung. Nachher Salbenverband mit 10%iger Schwefel-, 3%iger Resorzin-Zinkpaste, zweimal täglich.

29. XII. Im Zentrum Abheilung. Am Rande und mehrere Zentimeter vom ursprünglichen Herd entfernt sind trotzdem wieder neue typische Bläschen aufgetreten, die rasch größer werden.

1. I. 1918. Infolge stetigem Neuauftreten von frischen Bläschen in der weiteren Umgebung Wechsel der Therapie. Verband mit 1%iger Chrysarobin-Vaseline, täglich.

5. I. Es sind keine neuen Bläschen aufgetreten. Kein Jucken mehr.

10. I. Herd vollständig abgeheilt, seit zwei Tagen keine Bläschen mehr.

b) Beim Tier (Meerschweinchen). Die Einreibungsversuche förderten hier im allgemeinen nur oberflächliche Entzündungen, Rötungen und Schuppungen zutage, die sich in der Peripherie ausdehnten. Nur bei einem Tier zeigte sich eine Affektion, die derjenigen des Menschen glich.

Ich gebe zum Beleg das Protokoll dieses Versuches wieder.

Versuch. Einem mittelschweren Meerschweinchen wird am 8. XI. 1917 eine $1^1/_2$ Monate alte Kultur in eine ungefähr fünffrankstückgroße, epilierte Hautstelle des Rückens eingerieben.

In den nächsten Tagen außer leicht traumatischer Reaktion nichts Besonderes.

14. XI. Zum ersten Male leichte Rötung der Haut, nebst geringer weißlicher Schuppung und Infiltration.

15. XI. Der Herd entspricht der geimpften Hautstelle, ist etwa fünffrankstückgroß und zeigt nicht scharf abgegrenzte Rötung und Infiltration der Haut. Auf der Ober-

Digitized by Google

fläche zahlreiche, dicht beieinanderstehende, weißliche Schuppen und vereinzelte, zerstreute Bläschen.

16. XI. Derselbe Befund, am Rande mehr Bläschen mit vereinzelten Pusteln.

17. XI. Der Herd ist heute über fünffrankstückgroß und stellt eine zusammenhängende, bräunlichgraue Schuppenmasse dar, aus der allerorts die intakten Haare hervorragen.

Am Rande, der keine besonderen Eigentümlichkeiten (Ringbildung usw.) aufweist, sondern ganz unregelmäßig gezackt und ausgebuchtet ist, findet sich eine an manchen Stellen zusammenhängende Reihe von etwa kleinstecknadelkopfgroßen, hellgelben, flachen Pusteln. Sowohl der Grund der Pusteln als auch die periphere, angrenzende Zone sind intensiv gerötet. Die Rötung greift $^1/_2$ cm weit über die Grenzen heraus. In der Umgebung des beschriebenen Herdes finden sich nur sehr spärlich vereinzelte Krüstchen auf gerötetem Grunde. Die Haut fühlt sich im Bereiche der Krankheitserscheinungen deutlich infilfriert an. Entfernt man die festhaftenden Krusten, so tritt eine gerötete, feuchtglänzende Fläche zutage, aus der zahlreiche Blutpunkte hervorragen.

18. XI. Status idem. Infiltration noch stärker. Bei Druck auf den Herd pfeift das Tier und macht Abwehrbewegungen. Mikroskopisch zahlreiche, gewundene, septierte Myzelfäden.

20. XI. In der weiteren Umgebung ist noch eine größere Zahl von kleineren und größeren linsengroßen Herden aufgeschossen. Die Herde zeigen geringe Infiltration und reichliche Schuppung. Es werden kleinste Partikelchen von Schuppen auf Maltose-Agar übertragen. (In der Folge gehen typische Reinkulturen an.)

22. XI. Die Infiltration des ursprünglichen Herdes hat bedeutend nachgelassen; besonders am Rande sind die meisten Pusteln geplatzt, an ihrer Stelle finden sich zum Teil braunrote Krusten.

25. XI. Im Zentrum Schuppung noch ganz gering, es tritt frische rote Haut zutage. Am Rande stets noch vereinzelte, mit Krüstchen überlagerte Stellen, Infiltration und Herde geschwunden. Nach außen stets noch Weiterschreiten in Form von kleinen, roten, schuppenden Herden.

28. XI. Heilung fortgeschritten, Krusten abgefallen, noch leicht schuppende Haut. Der Herd ist mit Haaren überwachsen.

Prüfung der Allergie: Bei meinen Fällen wie bei sämtlichen Patienten meiner Versuche wurde die allergische Reaktion mit Trichophytin ausgeführt. Bei allen fiel die Impfung positiv aus. Nach 12 Stunden mäßige Rötung und Infiltration der Impfstelle, nach 24 Stunden stark dunkle Rötung von ungefähr Zweifrankstückgröße und starke Infiltration weit in die gesunde Haut hinein. Nach weiteren 24 Stunden Rückgang der Erscheinungen. Zur Kontrolle wurde eine Anzahl gesunder Männer geimpft, die kaum oder doch viel schwächer reagierten. Es ist somit die positive Kutireaktion ein weiterer Beweis für die Pathogenität des Pilzes.

Zusammenfassung.

Wenn wir unsere eigenen Beobachtungen noch einmal kurz zusammenfassen, so ergibt sich dabei folgendes:

1. Im ersten Falle handelt es sich um eine bläschenartige Affektion der Hände und Füße, die seit mehreren Monaten bei einem sonst gesunden, mäßig schwitzenden Individuum besteht.

An den Händen herrscht in annähernd symmetrischer Ausbildung vollkommen der Typus der sogenannten Dyshidrosis, sagokörnerartig durchscheinende, stecknadelspitz- bis -kopfgroße, teils isoliert stehende, teils gruppierte Bläschen in großer Zahl auf Handwurzel und Handrücken, sowie an den Fingern vor. Die Entzündungserscheinungen sind außerordentlich gering bzw. fehlen, der Inhalt der Bläschen ist nirgends eitrig getrübt. Pilze lassen sich hier weder mikroskopisch noch kulturell nachweisen.

An den Füßen, welche besonders an den lateralen Partien, aber auch an der Achillessehnengegend, auf der Planta und an den Zehen

Digitized by Google

befallen sind, wird die Primäreffloreszenz ebenfalls durch ein Bläschen gebildet. Aber die Affektion bleibt hier nicht bei dem Bläschenstadium stehen, sondern es treten als neues Moment hier stärkere Entzündungserscheinungen ein. Die Bläschen wandeln sich pustulös um, und die umgebende Haut rötet sich teilweise stark. Durch Platzen und Austrocknen der Bläschen kommt es zu einer flächenhaften, scharf begrenzten, squamösen Dermatitis. Histologisch finden sich im Papillarkörper Zeichen von Entzündung, in der Epidermis Bläschen und Pusteln in allen Größen und Entwicklungsstadien.

Myzelfäden finden sich hier reichlich, sowohl in den Bläschendecken, in einzelnen Epidermisfetzchen und Schüppchen, die von der erkrankten Haut oder ihrer nächsten Umgebung stammen, als auch im histologischen Präparat. In letzterem liegen sie in Form septierter Myzelien reichlich innerhalb der Lamellen der Hornschicht, sowohl direkt über den Epidermisbläschen als auch zwischen denselben über der normalen Epidermis. Innerhalb der Bläschen, sowie überhaupt unterhalb der Hornschicht werden Pilzfäden vollkommen vermißt; nur an einer Stelle tritt ein Faden bis in die Decke eines Bläschens ein.

Der Pilz läßt sich sehr leicht reinzüchten, und es gehen dabei rasch wachsende, fein bestäubte, später vom Zentrum aus flaumig-pleomorph werdende Kulturen von reinweißer bzw. leicht gelblicher Farbe auf, die dem von Kaufmann-Wolf beschriebenen Pilzstamme nahestehen, wenn nicht mit ihm identisch sein dürften. Über die Pathogenität dieses Pilzes wird gleich zu reden sein.

2. In dem zweiten Falle war das Krankheitsbild ein ähnliches, jedoch weit milderes. Befallen sind hier Finger und Zehen, jedoch in sehr viel geringerem Grade. Die Primäreffloreszenz ist wiederum ein Bläschen, in dessen Decke sich der Pilz leicht nachweisen läßt. Auch im zweiten Falle ließ sich der Pilz leicht reinzüchten. Die Kulturen entsprachen in ihrem makroskopischen und mikroskopischen Aussehen denjenigen des Falles I, mit der leichten Abweichung, daß sie von vornherein eine etwas mehr flaumige oder filzige Oberfläche zeigten.

Wie schon eingangs ausgeführt wurde, liegt die Bedeutung der Untersuchung von Kaufmann-Wolf hauptsächlich darin, daß sie uns die Affektion, die bisher als einfache Dyshidrosis bzw. als Ekzema dyshidroticum angesehen und behandelt wurde, als mykotischer Natur nachgewiesen und dadurch einen ätiologischen und therapeutischen Fortschritt angebahnt hat.

Dieser Nachweis beruht im wesentlichen darauf, daß es ihr gelungen ist, in einer großen Zahl von Dyshidrosisfällen in den erkrankten Hautpartien Myzelien nachzuweisen und in Reinkulturen Pilzstämme zu züchten, von denen einige bereits als pathogen bekannt waren, während der am häufigsten gefundene Pilz einer neuen, dem Trichophyton equinum nahestehenden Art anzugehören scheint. Gewisse Zweifel über die pathogene Rolle, welche dem Pilz für die beschriebene Affektion zuzuschreiben sind, blieben allerdings, wie bereits oben erwähnt wurde, bestehen.

Unsere eigenen Beobachtungen waren zunächst durchaus so, daß sie diese Zweifel unterstützen mußten: Einmal ließ sich der Pilz mikroskopisch, kulturell und histologisch im Fall I zwar mit größter Leichtig-

Digitized by Google

keit in den Krankheitsherden der Füße nachweisen, nie aber trotz eifrigster Bemühungen in der Affektion der Hände desselben Patienten, obschon dieselbe vollkommen dem Bilde der Dyshidrosis entsprach. Auch schlugen die ersten Impfversuche, die wir mit den Reinkulturen unternahmen, sowohl beim Meerschwein als beim Menschen fehl, bzw. verliefen ganz abortiv und entsprachen in keiner Weise dem ursprünglichen Krankheitsbilde. Ja sogar die Pilze, die wir auf die dyshidrotisch erkrankten Hände desselben Patienten einrieben, verschwanden wieder, ohne an den Inokulationsstellen irgendwelche namhaften Krankheitserscheinungen hervorzurufen. Dies alles ließ unsere Bedenken, daß dem Kaufmann-Wolfschen Pilze eine ursächlich-pathogene, für das Dyshidrosisbild verantwortliche Bedeutung zukomme, gerechtfertigt erscheinen. Auch der histologische Befund im Hautschnitt ließ sich in gleicher Richtung interpretieren; fanden sich doch Myzelfäden stets nur in der intakten Hornschicht, über, nie in den eigentlich erkrankten Gewebsschichten, und zwar in gleicher Menge und Anordnung über den Bläschen und Entzündungsherden wie zwischen ihnen über den völlig intakten Epidermispartien. Da — wenigstens in dem Falle I — die pilzhaltige Affektion der Füße von der pilzfreien der Hände sich durch viel intensivere Entzündungserscheinungen — Rötung der die Bläschen umgebenden Haut, Pustulierung, Konfluenz zu größeren Herden usw. — auszeichnete, so lag es nahe anzunehmen, daß die eigentliche Grundkrankheit an Händen und Füßen, die Dyshidrosis, amykotischer Natur sei, während die an den Füßen konstatierte, komplizierende Entzündung auf Rechnung der nur an dieser Stelle gefundenen Pilze zu setzen sei.

Das Ergebnis weiterer Inokulationsversuche zwingt uns jedoch, diese Ansicht fallen zu lassen. Nachdem wir dazu übergegangen waren, die Reinkultur nicht mehr auf intakte, sondern auf durch vorherige Durchfeuchtung etwas mazerierte Haut einzureiben und auch die so infizierte Haut noch eine Zeitlang feucht zu halten, gelang es uns mit Leichtigkeit, die Pathogenität des Pilzes nachzuweisen. Nach einer Inkubation von 3—5 Tagen zeigten sich auf der inokulierten Stelle die ersten Krankheitserscheinungen in Form von intraepithelialen Bläschen, und es entwickelte sich nun ein Krankheitsbild, das dem ursprünglichen spontanen zum Verwechseln glich: Aufschießen von immer neuen, sagokörner- und froschlaichartigen Bläschen und Bläschengruppen, Pustulierung mehr oder minder zahlreicher Effloreszenzen, Konfluieren und Platzen solcher Bläschen und dadurch Ausbildung einer scharf begrenzten, feuchten Dermatitis, progressive Ausbreitung dieser Krankheitserscheinungen peripherwärts mit Aussprengung neuer Bläschen in die Umgebung, dies alles von starkem Juckreiz begleitet. In der affizierten Haut finden sich reichlich Myzelien, die sich mit Leichtigkeit reinzüchten lassen und dabei mit dem Ausgangsstamm identische Kulturen ergeben. Auch gegenüber der Therapie verhielt sich die experimentell hervorgerufene Mykose genau wie die spontane. Zugleich trat eine spezifische Umstimmung der Haut der infizierten Personen auf, die sich in einer starken positiven Trichophytinreaktion äußerte. Damit ist zugleich sichergestellt, daß der infizierende Pilz, wie das schon Kaufmann-Wolf annimmt, der Trichophytongruppe angehört.

Weniger deutlich war bisher das Resultat der Tierimpfungen, indem

Digitized by Google

nur einmal eine vesikulöse Affektion, in den übrigen Fällen nur eine oberflächliche, spontan wieder schwindende Dermatitis sich einstellte. Doch liegt das wohl an der Differenz des Terrains und an der mangelnden Mazerierung der Haut.

Nach dem Ergebnis dieser Versuche kann es nun wohl als sicher festgestellt werden, daß der von Kaufmann-Wolf bei einem Teile der Dyshidrosisfälle gefundene Pilz tatsächlich als der ursächliche Erreger dieser Krankheit angesehen werden muß und nicht etwa nur als Saprophyt. Weitere Beobachtungen werden lehren müssen, ob die mykotischen und amykotischen Fälle klinisch und histologisch wirklich vollkommen identisch sind, oder ob sich nicht doch gewisse Unterschiede zwischen beiden Gruppen — analog den Unterschieden zwischen Händen und Füßen in unserem Falle I — mit der Zeit werden herausschälen lassen. So erscheint uns z. B. das Bestehen von flächenhaften, scheibenförmigen (aus konfluierten, geplatzten Bläschen hervorgegangenen) trichophytoiden Herden neben isolierten Vesikeln im allgemeinen eher für die mykotische Natur der Affektion zu sprechen. Daß eine gewisse, durch Schwitzen zustande gekommene Mazerierung der obersten Hautschichten für das Haften und die Entwicklung der Pilze nicht ohne Bedeutung ist, geht aus den Versuchsergebnissen zweifellos hervor.

Nicht ohne Interesse ist ferner, daß sich die Pilze, wie das sowohl die histologischen Bilder als die (mit dem Bläscheninhalt negativ ausfallenden) Züchtungsversuche erweisen, nur im Stratum corneum aufhalten, während die Reaktionserscheinungen in den tieferen Schichten, im Stratum spinosum und im Papillarkörper zutage treten. Es ist das wohl nicht als eigentliche Fernwirkung aufzufassen, sondern so zu erklären, daß die Myzelien einen Stoff produzieren, der in die Tiefe dringt und das noch vitale Epithel — vielleicht auch die Gefäße — schädigt. Angesichts des durchaus ekzematoiden Charakters der ganzen Affektion (der sich ja schon in der alten Bezeichnung „Ekzema dyshidroticum" ausdrückt) wird man dadurch an Anschauungen erinnert, wie sie Unna in seiner Ekzemlehre entwickelt.

Literatur.

1. Alexander, A., Beiträge zur Kenntnis des Ekzema marginatum. Arch. f. Derm., 1912, Bd. 113, S. 11. — 2. Djélaleddin-Moukhtar, De la Trichophytie des régions palmaires et plantaires. Ann. de Derm. et de syph., 1892, Bd. 3, S. 885; ibid. S. 152, 182, 300, 651, 855. — 3. Hoffmann-Bonn, Hartnäckige Pilzerkrankung der Interdigitalräume mit familiärer Übertragung. D. m. W., 1916, Nr, 51. — 4. Kaufmann-Wolf, M., Über Pilzerkrankungen der Hände und Füße. Derm. Zschr., 1914, Bd. 21, S. 385. — 5. Kaufmann-Wolf, M., Über die Bestimmung pathog. Hyphomyzeten. Arch. f. Derm., 1916, Bd. 111, S. 685. — 6. Kaufmann-Wolf, M., Zur Klassifiz. einiger Dermatomykosen. Derm. Zschr., 1915, Bd. 22, H. 8. — 7. Lewandowsky, F., Über Kerion Celsi, verursacht durch ein Mikrosporon Audouini, nebst Bemerkungen über die in Hamburg vorkommenden Mikrosporon- und Trichophytonarten. Arch. f. Derm., Bd. 121, S. 351. — 8. Nicolau, S., Contribution à l'étude du soi-disant „Eczéma marginatum" de Hebra. Ann. de Derm. et de syph., 1913, S. 65. — 9. Plaut, H. C., Die Hyphenpilze oder Eumyzeten in Kolle und Wassermann. 1912, Bd. 5. — 10. Sabouraud, R., Sur l'Eczéma marginatum de Hebra et sa très fréquente localisation aux pieds. Arch. f. Derm., 1912, Bd. 113. — 11. Sabouraud, R., Sur l'existence fréquente d'un soi-disant Eczéma des doigts et des orteils, dû à l'Epidermophyton inguinale. Ann. de Derm. et de syph., 1910, S. 289. — 12. Schramek, M., Befunde bei Pilzerkrankungen der Hände und Füße. Arch. f. Derm., 1916, Bd. 121, S. 630.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Laneps, eine neue Salbengrundlage, von RAPP. (M. m. W., 1917, Nr. 6.) Die Synthese des Laneps beruht auf der Kondensation von Kohlenwasserstoffen zu hochmolekularen Komplexen. Für die Herstellung stehen inländische Ausgangsstoffe in unbegrenzter Menge zur Verfügung. Die damit hergestellten Salben sind haltbar und geschmeidig, decken gut und reizen nicht. Da Laneps bis zu 50% Wasser aufnimmt, läßt es sich gut zu Kühlsalbe verarbeiten. A. Witte-Bremen.

Erfahrungen mit der neuen Salbengrundlage „Laneps", von BAER. (Ther. Mh., 1917, H. 3.) Das von der Firma Bayer & Co. auf synthetischem Wege dargestellte Laneps ist dem Lanolin ähnlich, ist vollständig geruchlos und läßt sich auf der Haut in äußerst fein verteiltem Zustande verreiben. Das Laneps stellt eine absolut reizlose Salbengrundlage dar. E. Brinitzer-Altona.

Lotional, eine fettlose Salbe, von THEODOR SACHS. (B. kl. W., 1916, Nr. 42.) Verfasser hat aus einem Gemisch von Zinkoxyd und voluminösem Aluminiumhydroxyd ein Präparat hergestellt, das pastenartige Konsistenz besitzt und absolut fettfrei ist. Es soll nur in möglichst kleinen Quantitäten, eventuell in Tubenform verschrieben werden, da es an der Luft leicht austrocknet. Letzterer Übelstand ließ sich zum Teil beheben durch Zusatz bestimmter Flüssigkeiten, durch den das Präparat auf Salbenkonsistenz gebracht wurde. Salbe wie Paste sind zur Behandlung größerer Körperflächen recht geeignet. Sie lassen sich mit Wasser und essigsaurer Tonerde entfernen. Zusätze wie Teer, Xeroform u. a. lassen sich beimengen, jedoch ist dabei Rücksicht zu nehmen auf eine eventuelle Reaktionsfähigkeit mit Zinkoxyd und Aluminiumhydroxyd. Fabrikant: Hirschapotheke-Frankfurt a. M. E. Klemm-Leipzig.

Zur Frage der Wundbehandlung, insbesondere der Überhäutung großer Wundflächen, von SPIEGEL-Berlin-Lichtenberg. (M. Kl., 1916, Nr. 35.) Da die Überhäutung großer Wundflächen auf operativem Wege (Plastik) nicht überall angängig ist, so gibt der Verfasser in der vorliegenden Arbeit einige Hinweise auf Heilmittel, die sich ihm zur Förderung der Überhäutung wirksam erwiesen haben. Diesen Mitteln gemeinsam ist eine mehr oder minder stark ätzende, antiseptische Wirkung, welche die oberflächlichen Zellschichten zerstört oder reizt und dadurch in den tieferen Schichten Hyperämie und vermehrte Zellproduktion anregt. Nächst dem in erster Reihe zu nennenden, hinlänglich bekannten Argentumstift nennt der Verfasser neben dem Jodoform und seinen Ersatzmitteln das Leukozon (Kalziumperborat und Talkum āā), welches bei Berührung mit dem Wundsekrete aktiven Sauerstoff abspaltet. Das Granugenol „Knoll" hat zwar einen unzweifelhaft günstigen Einfluß auf die Granulationsbildung und Epithelisierung, hat aber den Nachteil, daß der die Wunde bedeckende Mull dasselbe aufsaugt und mit der Wundfläche verklebt; ebenso wie den Pulvern der Fehler anhaftet, daß sie sich durch ihre Unlöslichkeit mit dem Wundsekrete und den Verbandstoffen zu festen, den Sekretabfluß hindernden Krusten zusammenballen. Beiden Unzuträglichkeiten entgeht man bei der Verwendung epithelisierender Substanzen in Salbenform. Hier erwähnt SPIEGEL aus der großen Menge solcher Salbengemische als die ihm die besten Dienste leistenden: 1. 8% Scharlachrot-Salbe, 2. die 2%ige Pelidol-Salbe und 3. die WINTERsche Kombustin-Salbe. Die erste hat den Nachteil der nicht gleichmäßigen, bisweilen nicht unerheblichen Reizwirkung, und erfordert, um das sehr unangenehme Verschmutzen der Wäsche zu vermeiden, einen großen Verband mit fast täglichem Wechseln. Die 2%ige Pelidol-Salbe wirkt gleichmäßiger, aber auch bei längerer Anwendung oft entzündungserregend; doch leisten beide Salben so Gutes, daß SPIEGEL ihre Anwendung — wenn auch vorsichtig und in Intervallen — dringend empfiehlt. Die Zusammensetzung der dritten Salbe — des WINTERschen Kombustins — (Alaun-Wismuth- und Zinkverbindungen 24%, Perubalsam 0,9%, Borsäure 0,1%, Amylum 25% und gewachste gelbe Vaseline 50%) ist sehr günstig. Die Salbe hat etwas pastenartige Konsistenz, ist relativ billig und sparsam, durchfettet die Verbände nicht, kann infolge ihrer sekretionsbeschränkenden Eigenschaft 3—4 Tage liegenbleiben und ist reizlos, so daß sie lange Zeit hintereinander angewendet werden kann. Dabei geht die Epithelisierung schnell vor sich, und zwar nicht nur wie bei den anderen

Digitized by Google

Salben vom Rande aus, sondern es bilden sich oft auch in der Mitte der Wundstellen Epithelinseln. Verfasser schildert dann noch die Technik der Anlegung der Verbände und der Verbandwechsel und hebt hervor, daß man sich in schweren Fällen aller sonstigen Hilfsmittel bedienen solle, die noch zu Gebote stehen; darunter versteht er in geeigneten Fällen Seifen- respektive Salzbäder, Behandlung mit trockner Wärme, Lichtbügel und Heißluft (Föhn) d. h. Maßnahmen zur Erzeugung von Hyperämien. Jedoch muß hier nach der Ausdehnung, der Art und dem Orte der zur Überhäutung zu bringenden Wundfläche individualisiert werden. Besonders guten Erfolg hat Spiegel oft in der Kombination von Lichtbügelanwendung respektive Föhnen mit gut granulationsfördernden Salbenverbänden gesehen. O. Lasch-Breslau.

Zur Wundbehandlung mit Dakinscher Lösung. Physiologische Antisepsis, von O. Hirschberg. (D. m. W., 1916, Nr. 51.) Von den Mitteln der physiologischen Antisepsis muß verlangt werden, daß sie antiseptisch sind, d. h. keimtötend auf die Infektionskeime und zwar nur auf diese elektiv wirken, und daß sie die Gewebe nicht schädigen, im Gegenteil das Gewebe in seinem Kampf gegen die Infektionskeime unterstützen. Diesen Anforderungen entsprechend haben der Chemiker Dakin und der Chirurg Garrel nach vielen Versuchen eine sogenannte „neue Methode der Antiseptik" gefunden, die als Behandlung mit „Dakinscher Lösung" bekannt geworden ist. Sie fanden, daß Lösungen der unterchlorigsauren Salze (Natriumhypochlorid) die Bedingungen der physiologischen Antisepsis am besten erfüllen. Die Bereitung der Dakinschen Lösung ist folgende: 200 g Chlorkalk werden gemischt mit 10 Liter Wasser und 140 g Natriumkarbonat, die Mischung geschüttelt und nach 30 Minuten filtriert. Zusatz von Borsäure in Substanz zur Neutralisation (Titrieren mit Phenolphthalein). Die Lösung hat rund $^1/_2$% Natriumhypochloridgehalt und soll z. B. Staphylokokken innerhalb zwei Stunden in Konzentration von 1 : 500000, bei Gegenwart von Blutserum erst bei 1 : 1000 bis 2500 töten. Hirschberg hat die ursprüngliche Technik der Anwendung etwas modifiziert. Bei leichteren Fällen wird nach Spaltung und leichter Gazedrainage ein Umschlag mit einem Gazelappen, der in Dakinscher Gaze getränkt ist, gemacht. In den Gazelappen wird ein kleines Drainrohr zum nachträglichen Befeuchten (Nachschütten) an höchstgelegener Stelle eingeführt. Bei schwereren Fällen: Spaltung der Wunde, Einlegen eines oder mehrerer Drainrohre, die gelocht und mit Gaze umwickelt sind, Dauerirrigation. Das bisweilen auftretende Ekzem läßt sich durch reichliches Einsalben der Hautstellen, die besonders der Lösung ausgesetzt sind, vermeiden. Die Resultate waren durchaus befriedigend. Hirschberg läßt es dahingestellt sein, ob nur die Dakinsche Lösung mit den von ihren Verfassern erwarteten Wirkungen diese Ergebnisse ermöglicht hat. Jedenfalls haben wir in der Dakinschen Lösung ein gutes antiseptisches Mittel zur Wundbehandlung. Die präzisen physiologischen Anforderungen, die jetzt an die chemischen Antiseptika gestellt werden, lassen hoffen, daß wir noch mehr wirksame Mittel zur Wundbehandlung finden werden. E. Brinitzer-Altona.

Über Wundbehandlung mit Laneps, von Eberstedt. (M. m. W., 1917, Nr. 17.) Laneps, das als Salbengrundlage von Friedr. Bayer & Co.-Leverkusen hergestellt wird, wirkt auch ohne irgendwelche pharmakologischen Beimengungen granulationsfördernd und eiterhemmend. Durch seine große Zähigkeit stellt es eine dauernde und gleichmäßige Wundbedeckung her. Es wird für die Wundbehandlung aufs wärmste empfohlen.
A. Witte-Bremen.

Die Schädlichkeit der essigsauren Tonerde und die Wirkung anderer Verbandwässer, besonders des Bleiwassers, bei der feuchten Wundbehandlung, von Ernst Gelinsky. (Beitr. z. klin. Chir., 1917, Bd. 106, H. 4.) Die Verbandflüssigkeit muß zwei Bedingungen erfüllen, steril sein und das Gewebe nicht reizen, sie darf auch nicht dem physikalischen Prinzip der freien Verdunstung Widerstand in den Weg legen. Diese schädliche Eigenschaft besitzt die essigsaure Tonerde sowohl wie ihre weinsteinsaure Verbindung, das Alsol. Innerhalb eines streng aseptischen Rahmens hat unsere Wundbehandlung drei Gesichtspunkte zu beachten: Ruhe, Sekretableitung, Hyperämie. Die Ruhebedingung verlangt Ruhigstellen und In-Ruhe-Lassen. Die Sekretion ist die Selbsthilfe des Körpers, Infektionsträger wie Fremdkörper zu entfernen. Die Wirkung der angewandten Flüssigkeit ist lediglich eine physikalische. Eine gesunde Granulationsdecke ist die Schutzschicht des Körpers gegen das Weitereindringen der pathogenen Keime, diesen Vorgang unterstützt der angefeuchtete Verband. Die essigsaure Tonerde und Alsol widersprechen den Forderungen der ungehinderten Sekretableitung und der Reizlosigkeit. Die besten Verhältnisse für die Wundbehandlung schafft die feuchte, offene Wundbehandlung. Ihre Vorteile sind: Fortfall der Störung der Ruhelage durch

Digitized by Google

den Verbandwechsel, beste Sekretableitung durch die Bespülung und günstige Bedingungen für die Granulationsbildung. Die praktische Ausführung ist die Tropfbehandlung. Bei allen Verletzungen der letzten Zeit ist der Verfasser immer mit der Bleiwasser- und Tropfbehandlung zum Ziele gekommen. Das vergessene alte Bleiwasser verdient es in ganz besonderen Maße zur Behandlung unserer Kriegsverletzungen herangezogen zu werden. W. Chrzelitzer-Posen.

Über Behandlung von Entzündungen und Eiterungen durch Terpentineinspritzungen, von KLINGMÜLLER. (D. m. W., 1917, Nr. 41.) An einem reichen Hautmaterial hat KLINGMÜLLER das Terpentin angewandt und die Beobachtung gemacht, daß es imstande ist, durch verschiedene Erreger hervorgerufene Entzündungen oder Eiterungen günstig zu beeinflussen oder zur Heilung zu bringen. Auch die Blennorrhoe wurde günstig beeinflußt, da dadurch nicht nur die Behandlung wesentlich abgekürzt, sondern auch Komplikationen verhütet wurden. Bei der Blennorrhoe muß aber auch die übliche örtliche Behandlung angewandt werden, da das Terpentin nur die Entzündung und die Eiterung beeinflußt, die Gonokokken aber nicht unmittelbar abtötet. Eine geradezu verblüffende Wirkung sah KLINGMÜLLER bei frischen Fällen von Erkrankungen der Sehnenscheiden, der Gelenke und der Konjunktiva. Dagegen ist bei Komplikationen in geschlossenen Herden wegen der starken örtlichen Reizwirkung Vorsicht geboten. KLINGMÜLLER hat das Terpentin in 20—40%iger Verdünnung in Öl angewandt und zwar meist nur einmal intraglutäal 0.2 injiziert. In anderen Fällen gab KLINGMÜLLER 2—4 Spritzen in steigender Dosis von 0,1—0,2 in Pausen von 3—5 Tagen. E. Brinitzer-Altona.

Die Diathermie im Kriege, von BRAUN-Solingen. (Ther. d. Gegenw., April 1917.) Diese Arbeit wird allen denen willkommen sein, die Genaueres über die praktische Ausführung des Diathermieverfahrens erfahren wollen. Sie bringt zum ersten Male eine systematische genaue Zusammenstellung der Anwendungsmöglichkeiten, Anwendungsarten und der Dosierungen dieses Verfahrens. Die näheren Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Bei der Behandlung der Gelenke erwähnt der Verfasser, daß er bei Arthritis blennorrhoica stets ein schnelles Aufhören der Schmerzen feststellen konnte. E. Brinitzer-Altona.

Idiosynkrasie der Haut gegen Röntgenstrahlen, von J. SCHÜTZE-Berlin. (D. m. W., 1917, Nr. 13.) SCHÜTZE stimmt der Forderung von H. E. SCHMIDT (D. m. W., 1917, Nr. 7) zu, daß auch bei Röntgendurchleuchtungen die Anwendung einer ausdosierten Röhre und eines Dosimeters erforderlich ist. SCHÜTZE hat auf dem Röntgenkongreß 1914 die Möglichkeit der Ausführung dieser Forderung auf die einfachste Art und in kürzester Zeit mittels des Intensimeters nach FÜRSTENAU angegeben. Auch ist die Anwendung eines Filters, und sei er nur aus entsprechendem Holz, sehr zu empfehlen, besonders bei Durchleuchtungen mit dem Hochspannungsgleichrichter.
E. Brinitzer-Altona.

Über filtrierte Röntgenbehandlung in der Oberflächentherapie, von GUSTAV STÜMPKE-Hannover-Linden. (M. Kl., 1916, Nr. 46.) STÜMPKE gibt zunächst eine Art Sammelreferat über die Arbeiten von F. M. MEYER, PFORRINGER, STERN, ALEXANDER, PAGENSTECHER und MOUTOT u. JAUBERT DE BEAUJEAN über die Wirkungen filtrierter harter Strahlen bei den verschiedenen Dermatosen. Im Anschluß berichtet er seine eigenen Erfahrungen über die Behandlung mit filtriertem Röntgenlicht, besonders bei Epilationen, Lichen ruber planus, Psoriasis und besonders Pruritus ani und vulvae. Er betont selbst, daß es der Hauptzweck dieser kurzen Mitteilung ist, auf die Bedeutung der gefilterten, harten Röntgenstrahlung hinzuweisen, speziell auch bei manchen Dermatosen, die bisher die Domäne reiner Oberflächentherapie waren. O. Lasch-Breslau.

Therapeutische Bemerkungen zur Heliotherapie, von Dr. HANS HEUSNER-Gießen. (D. m. W., 1917, Nr. 35.) HEUSNER wendet sich gegen die Ansicht KISCHS, daß in erster Linie die Wärmestrahlen für die Erfolge der Sonnenbehandlung in Betracht kommen, gibt aber eine nicht unbedeutende Wirkung der langwelligen Strahlen zu. Für die Richtigkeit der Behauptung, daß mehrere Komponenten bei der Wirkung der Sonnenstrahlen in Betracht kommen, führt er die Arbeiten von HERTEL und anderen an. Die Wirkung der kurzwelligen Strahlen ist eine wesentlich andere als die der langwelligen. Die gegen das Sonnenultraviolett geschützte Negerhaut ist nicht gegen die Quarzstrahlen geschützt. GLOGNERS Versuche auf Sumatra beweisen, daß die Malaienhaut bedeutend leichter Wärme abgibt als Europäerhaut. Die dunkle Hautfärbung wird außer durch Lichteinflüsse auch noch durch innere Ursachen bedingt. Das langstrahlige und das ultraviolette Erythem sind grundverschieden. Man unterscheidet nach JESIONEK

Digitized by Google

direktes und indirektes Wärme-Erythem. Das Pigment wird, wie viele Beweise lehren, nur durch ultraviolette, nicht durch Wärmestrahlen erzeugt. Ohne kurzwellige Strahlen kein Sonnenbrand, ohne Sonnenbrand kein Pigment. Eine sklavische Nachahmung der Sonnenbeleuchtung ist in der Heliotherapie vom Übel. Es kommt schließlich auf den Heilerfolg und die Einfachheit des Instrumentars an. P. Unna jun.

Die selbsthärtende Siederöhre, das Tiefentherapierohr, von H. Wintz-Erlangen. (M. m. W., 1917, Nr. 29, S. 944.) Warme Empfehlung der neuen, automatischen selbsthärtenden Siederöhre = Niedrigvakuum-(Ionen-)röhre. Die alte, unökonomisch arbeitende Osmo-(Palladium-)Regenerierung ist nach langen Versuchen der Firma C. H. F. Müller-Hamburg durch eine selbsttätige, kontinuierlich arbeitende Palladium-Regenerierung ersetzt. Denn diejenige Bestrahlungsröhre liefert die härtesten und daher besten Strahlen, bei der der Glasdruck eben ausreicht, um einen Strahlendurchbruch von Kathode zur Antikathode zu erzwingen. Die Röhre hat vier Ansätze, eine sehr lange Kathode mit Wasserkühlung, eine eigentümlich geformte Anode, die Antikathode mit der Müllerschen Wasserkühlung und eine Erdungs-Elektrode. Trotz der ständigen Regenerierung bleibt das Milliamperemeter völlig konstant. Die näheren theoretischen Angaben sollen in den „Fortschritten auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen" veröffentlicht werden. Die Durchschnittslebensdauer beträgt bei 3 Milliampere sekundärer Stromstärke 125—140 Lichtstunden in 3—4stündlichem Betrieb, gewiß eine bedeutende Leistung.

P. Unna jun.

Quarzlicht bei Hautkrankheiten, erfolgreiche Erfahrungen damit, von Edward Pisko-New York. (New York m. J., 9. Sept. 1916.) P. erklärt die Quarzlampe bei allen Hautaffektionen für angezeigt, wo Erweiterung der Blutgefäße vorhanden ist. Die ultravioletten Strahlen vernichten die Bakterien auf der Haut, wirken beruhigend auf die Hautnervenendigungen und bringen das Juckgefühl zum Verschwinden. Immerhin beschränkt sich die Wirkung der Quarzlampe auf kleine, umschriebene Herde von Follikulitis, Acne vulgaris und Alopecia areata; eine andere Gruppe von Hautkrankheiten kann durch die Tiefenwirkung der Strahlen beeinflußt werden, dazu gehören Lupus vulgaris, Lupus erythematosus, Naevus vasculosus und pigmentosus und Teleangiektasien. Die Tiefenwirkung wird dadurch erhöht, daß man mit verschieden geformten Quarzkristallen direkten Druck ausübt, und um so viel wie möglich die Wirkung der Hitze auszuschalten, setzt P. eine blaue Glasscheibe von 5 mm Dicke dazwischen, womit auch die Strahlenwirkung erhöht wird. P. wendet ausschließlich die verbesserte Bach-Nagelschmidsche Lampe an; neben der lokalen Einwirkung scheint sie entschieden auch günstigen Einfluß auf den allgemeinen Stoffwechsel, den Schlaf, Appetit usw. zu haben. Speziell muß erwähnt werden, daß das Juckgefühl, das oft so hartnäckiger Art ist, auf einige (Oberflächen-)Bestrahlungen völlig zurückging. P. hat noch beachtenswerte Erfolge in Fällen von Fußgeschwüren, intertriginösem Ekzema, Psoriasis, besonders aber bei Haarausfall, vorzeitiger Kahlheit des behaarten Kopfes usw. erlebt, in welch letzteren Fällen die Resultate meist dauernd und sehr dankenswert waren.

M. Stern-München.

Behandlung von Hautleiden mit der künstlichen Höhensonne, von R. Polland-Graz. (Mitt. d. Ver. d. Ärzte Steiermarks, 1916, Nr. 6.) Verfasser hat mit der Bestrahlung durch die künstliche Höhensonne bei den verschiedensten Dermatosen sehr gute Erfolge erzielt, so bei Lupus-Skrophuloderma, Seborrhoe, Akne, Follikulitis, Haarausfall, Pityriasis versicolor, Pityriasis rosea, Erythrasma, Ekzema marginatum, Favus und Mikrosporie. Die Erfolge bei Psoriasis sind weniger günstig; ebenso bei den luetischen Leukodermaflecken, besser sind die Resultate bei Wunden, oberflächlichen Defekten oder durch Eiterung entstandenen Substanzverlusten. W. Chrzelitzer-Posen.

Eine lichtbiologische Beobachtung, von E. Collin. (Ugeskrift f. Laeger, 1917, Nr. 7.) Verf. hat die Beobachtung gemacht, daß die Quarzlampen in Verbindung mit Glühlichtlampen das Erythem schneller hervorrufen; letzteres wird stärker und bei kürzerer Exponierung hervorgerufen als durch die Quarzlampe allein.

W. Holland-Kristiania.

Erfahrungen mit der Siemens-Aureollampe, von Ulrichs und Wagner. (D. m. W., 1917, Nr. 18.) In dem Vereinslazarett Siemensstadt wurde die Aureollampe mit gutem Erfolge zur Behandlung von Haut- und Weichteilwunden, Knochenfisteln, Tuberkulose, Schwächezuständen, Hauterkrankungen sowie Rheumatismus verwendet. Alle Bestrahlungen wurden bei einem Lampenabstand von 75 cm begonnen; um die Intensität der Bestrahlung zu steigern, kann man bis auf 40 cm Abstand herabgehen. Die Dauer der Bestrahlung beträgt bei der ersten Sitzung 10 Minuten; am folgenden oder jeden zweiten

Digitized by Google

Tag werden 5 Minuten zugelegt. Bei Ekzemen wird langsamer vorgegangen; bei der ersten Sitzung sollen 5 Minuten das Maximum sein. Bei Psoriasis waren Ulrichs und Wagner dagegen bemüht, durch längere Bestrahlungsdauer schnell einen kräftigen Reiz auszuüben. E. Brinitzer-Altona.

Radium bei nichtmalignen chirurgischen Erkrankungen, von Robert Abbe-New York. (M. Record, 8. Juli 1916.) Außer beim Frühjahrskonjunktivalkatarrh, beim Hämolymphangiom der Zunge, bei den Stimmbandpapillomen hat der Verfasser Radium mit gutem Erfolge bei der Leukoplakie, beim chronischen flachen Ulkus der Lippe, beim Naevus vasculosus und beim Keloid angewandt. Für jede Krankheit werden die zugehörigen Fälle zugleich mit einer Abbildung mitgeteilt. Angaben über Dosierung fehlen. A. Gunsett-Straßburg.

Die Nachbarwirkung des Eigenserums und deren therapeutische Verwertung, von Rudolf Müller. (W. kl. W., 1917, Nr. 26.) Die Injektionen werden immer wenigsten zwei Querfinger vom Erkrankungsherde entfernt ausgeführt. Zur Behandlung kamen Abszesse, Furunkel, Bubo, Urethritis, Arthritis blenn., Konjunktivitis, schlechtheilende Ulzera, Pernionen usw. Der Ablauf der Entzündung wird gewöhnlich in überraschender Weise beschleunigt. Die Heilungstendenz chronischer Prozesse wird in deutlicher Weise gesteigert. H. Vörner-Leipzig.

Experimentelle Untersuchungen über den Nachweis des Salvarsans in forensischen Fällen, von Gerhard Müller. (Diss., Jena 1914.) Der Kranke wurde wegen Primäraffekt mit 0,5 Salvarsan intravenös behandelt; drei Tage später wurde er tot aufgefunden. Da die Beschuldigung, der Tod wäre durch Salvarsan bedingt worden, erhoben worden war, erfolgte die gerichtliche Sektion. Diese ergab eine Strychninvergiftung. Bezüglich des Verhältnisses zwischen Salvarsan und Strychnin stellte Verf. nun Versuche an, die folgendes Ergebnis hatten: Salvarsan ist im Urin noch 37 Stunden nach der Injektion nachzuweisen. In Leichenteilen ist es sieben Tage nach dem Tode im Muskel, vier Tage in der Leber aufzufinden; vom Tage der Injektion gerechnet nach neun Tagen in der Leber, nach zwölf Tagen im Muskel. Eine geringe subletale Dosis von Strychnin genügt, um bei mit Salvarsan behandelten Tieren den Tod herbeizuführen. R. Frühwald-Leipzig.

Verschiedenes.

Deutsche Dermatologische Gesellschaft. Am 26. März 1918 fand in Berlin eine außerordentliche Sitzung des Ausschusses statt. In dieser wurden folgende Beschlüsse gefaßt: 1. Es wird von der Wahl eines Generalsekretärs für jetzt abgesehen und die Neubestallung des Vorstandes statutengemäß bis zur Wiedererneuerung des Ausschusses bei der nächsten allgemeinen Versammlung verschoben. 2. Während des Krieges werden auch weiterhin die Mitgliederbeiträge nicht eingezogen. 3. Von einer allgemeinen Versammlung während des Krieges soll zunächst abgesehen werden. 4. Die Bestrebungen der deutschen Universitätslehrer bei den zuständigen Behörden des Reiches und der Einzelstaaten volle Prüfung in Dermatologie, Ausbau der dermatologischen Klinik usw. zu erreichen, sollen von der D. D. G. energisch unterstützt werden.

Zur Verhinderung der Ausnutzung des Publikums durch Kurpfuscher hat der Oberbefehlshaber in den Marken u. a. verboten: Die Behandlung aller Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane, von Syphilis, Schanker und Tripper, auch wenn sie an anderen Körperstellen als an den Geschlechtsorganen auftreten.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

1. Juni 1918 | Nr. 22 | Band 66

Leukogen (Höchst), ein Spezifikum gegen Sycosis parasitaria profunda, und weitere Erfahrungen über Leukogen[1]).

Von

Dr. Heinrich Loeb,

Chefarzt der dermatolog. Abteilung am Allgem. Krankenhaus Mannheim.

Trichophytie ist die glücklich gewählte, der französischen Literatur entnommene Bezeichnung für die Erkrankungen, welche durch das von Gruby 1841 entdeckte Trichophyton tonsurans hervorgerufen werden. Nachdem schon bald auf die Variabilität dieses Pilzes hingewiesen, wurden von Sabouraud (Paris), von Plaut (Hamburg) in der Mitte der 90er Jahre 17 verschiedene Arten beim Menschen gezüchtet; jedoch bringen die einzelnen Variationen nicht immer dasselbe Krankheitsbild hervor. — Klinisch unterscheidet man 1. die Trichophytia superficialis, welche als zirkumskripte Form (Herpes tonsurans und Ekzema marginatum) und disseminierte (Herp. tons. maculosus) erscheint, und 2. die Trichoph. profunda und zwar a) der behaarten Kopfhaut (Trichophyt. capilli), b) des Bartes (Sycosis parasitaria profunda). Ich würde es für zweckmäßig erachten, noch eine Übergangsform abzugrenzen, als 3. Trichophyt. infiltrans, die eine Zwischenstellung zwischen oberflächlicher und tiefer Trichophytie einnimmt, ein diffuses cutanes Infiltrat bildet und sich klinisch, prognostisch und therapeutisch eigenartig verhält. Sie entsteht im Anschluß an einen, öfters schon geheilt scheinenden, Herpes tonsurans, breitet sich intrakutan flächenförmig, aber weniger in die Tiefe aus, zeigt keine Neigung zur Bildung von tiefen Knoten oder Abszedierung, verläuft wenig akut und setzt der Behandlung größere Schwierigkeit entgegen. Ob eine bestimmte Pilzvariation oder Hautbeschaffenheit die Ursache dafür abgibt, lasse ich dahingestellt. —

Nicht zur Trichophytie zu rechnen ist die Sycosis vulgaris oder coccogenes, welche durch andere Erreger hervorgerufen wird und sich auch klinisch anders verhält.

Die Trichophytie, die über die ganze Erde verbreitet ist, schwankt örtlich, zeitlich und in ihrer Form in den weitesten Grenzen. Unter dem Einflusse des Krieges hat sich bei uns die Zahl der Erkrankungen ungemein gesteigert. Während diese unter meinen Krankenkassenpatienten, welche statistisch leichter zu erfassen sind, 1912 2%, 1913/1915 1% ausmachten, stieg die Zahl im 2. Semester 1917 auf 5%, im Januar 1918 auf 9½% und betrug unter den Neuzugängen dieses Monats 12%.

[1]) Vorgetragen in der Gesellsch. d. Ärzte in Mannheim am 4. II. 1918.

Digitized by Google

Dabei handelt es sich jetzt meistenteils um Herpes tonsurans barbae, während früher der harmlose Herpes squamosus überwog. Während sich die räumliche Rekrutierung früher hauptsächlich auf einige Vorortsbezirke mit industrieller oder landwirtschaftlicher Bevölkerung beschränkte, kommen jetzt Erkrankungen aus allen Teilen der Stadt und deren näherer und weiterer Umgebung. Auch die sozial bessergestellten Kreise ebenso wie Frauen werden häufiger als früher infiziert. Vielfach werden Erkrankungen von der Reise mitgebracht, wie ich auch wiederholt Gelegenheit habe, Kinder zu sehen, welche die Erkrankung aus Ferienkolonien oder vom Sommeraufenthalte auf dem Lande einschleppten. Aus diesen Beobachtungen geht hervor, daß es sich bei der Zunahme der Bartflechte nicht um eine lokale Erscheinung handelt, sondern daß eine geradezu epidemische Ausbreitung über ganz Deutschland vorliegt, was durch Notizen der Fach- und Tagesblätter bestätigt wird.

Bei der nicht ganz einwandfreien Rasierhygiene im Felde und in der Etappe, bei der großen Anhäufung der Truppen boten sich zunächst dort günstige Verhältnisse für die Ausbreitung der Erkrankung. Durch Urlauber, Zurückbeförderte, Verwundete usw. wurden neue Infektionsherde in der Heimat gesetzt, wo inzwischen die Bedingungen gleichfalls günstig für eine Weiterverbreitung geworden waren. Die Zahl der Raseure ist stark verringert; ihre Läden sind nur kurze Zeit geöffnet, so daß der Andrang ein stärkerer ist und nicht mit der üblichen Sorgfalt und Umsicht gearbeitet werden kann. An Stelle erfahrener Barbiere arbeiten jugendliche unerfahrene Hilfskräfte, welche den anfangs harmlos erscheinenden Effloreszenzen der Bartflechte keine Bedeutung zumessen. Dazu tritt die Verschlechterung der Seife und deren Teuerung, die Schwierigkeit des Serviettenersatzes, das Verschwinden desinfizierender Toiletteartikel: Umstände, die in ihrem gehäuften Zusammentreffen genügen, das epidemische Auftreten der Bartflechte zu erklären.

Die Behandlung der Trichophytie muß sich dem jeweiligen Stadium anpassen. Bei der oberflächlichen Form besteht sie in desinfizierenden und schälenden Medikamenten: verdünnte Jodtinktur, Naphthol, Schwefel, Teer, Chrysarobin, Cignolin-Bayer, Schmierseife; bei der tiefen Bartflechte kommt neben der desinfizierenden eine erweichende und resorbierende Behandlung in Frage: Umschläge, Jod- und Hg-Präparate, Inzision der erweichten Knoten. Da die Pilze fest in den Haaren sitzen, wird deren Beseitigung durch Epilation erforderlich; diese erfolgt durch die Zilienpinzette oder durch Röntgenbestrahlung. Durch letztere wird die Epilation schmerzlos und gründlich erreicht, gleichzeitig das Schwinden der Infiltrate gefördert und die Heilung durch eine eventuelle reaktive Entzündung beschleunigt, ähnlich wie durch Chrysarobinbehandlung. Immerhin gehört die Bartflechte zu den Erkankungen, deren Heilung an die Geduld des Patienten und Ausdauer und Fähigkeit des Arztes große Anforderungen stellt.

Im Jahre 1902 veröffentlichte Neisser (Breslau)[1]) Untersuchungen seines verstorbenen Assistenten Plato über Trichophytin, ein Filtrat aus einer einige Monate alten Kultur aus Trichoph. profunda, zu deren

[1]) Arch. f. Derm., 1902, Bd. 60.

Digitized by Google

Herstellung er durch die Erfolge des Tuberkulins angeregt war. Er hatte gefunden, daß damit bei Patienten mit Sycosis profunda eine mit Temperatursteigerung und allgemeinen Intoxikationserscheinungen einhergehende Reaktion, ferner lokal Steigerung der Hyperämie und Pustelbildung ausgelöst wurde, die von einem unverkennbaren therapeutischen Effekte gefolgt waren. Bei oberflächlichen Trichophytiekranken und trichophytiefreien Personen wurde eine Reaktion damit nicht ausgelöst.

Therapeutisch wurden von Bruck und Kusunoki Trichophytininjektionen erfolgreich angewandt und von Stein durch lokale Einreibung von Trichophytinsalben nennenswerte Besserung erreicht. — Bloch (Basel)[1]), welcher Trichophytin teils in subkutanen Injektionen, teils intradermal oder als Euzeringemisch kutan applizierte, hält die spezifische Therapie der tiefen Trichophytie von unleugbarem Werte und für das einfachste, rascheste und sicherste Verfahren zur Heilung der Dermatose.

Ich selbst hatte Gelegenheit, vor einigen Jahren 2 Fälle von Sykosis mit Trichophytin zu behandeln, das von Dr. Altmann, Assistenten der dermatologischen Klinik in Frankfurt, hergestellt und mir überlassen war, wobei ich einen zweifellos günstigen Einfluß beobachten konnte. —

Einen größeren Umfang hat die Trichophytinbehandlung bisher nicht angenommen. Das Interesse blieb auf einen kleinen Kreis beschränkt, und die späteren Mitteilungen, die hauptsächlich aus der Klinik von Bloch stammen, befassen sich mehr mit der biologischen als therapeutischen Anwendung.

Diese kurze Zusammenfassung entspricht dem Stande der Therapie, als mir am 31. VII. 1917 der Patient Sch. mit einer Sycosis parasitaria zur Behandlung überwiesen wurde, die sich aus einer vor 8 Wochen erworbenen scheibenförmigen Hautkrankheit — Herpes tonsurans — entwickelt hatte. Die untere Gesichtshälfte war geschwollen, gerötet, von Knoten, Abszessen und Borken besetzt, das Kauen erschwert, Submental- und Präaurikulardrüsen vergrößert und schmerzhaft. Der Prozeß war so akut, daß ich mich auf antiphlogistische Maßnahmen beschränkte. Trotzdem nahmen die Entzündungserscheinungen zu. Es fiel mir dabei auf, daß das Entzündungsgebiet eine viel größere Ausdehnung angenommen hatte, als der Größe der primären Sykosisknoten entsprach. Auch traten in größeren Entfernungen eitrige Anschoppungen auf, die den Eindruck impetiginöser Staphylokokkenerkrankung machten. Ich entschloß mich daher, zu einem Versuche mit Staphylokokkenvakzine und benutzte dazu das Präparat Leukogen, welches neuerdings durch die Höchster Farbwerke in den Verkehr gebracht worden war.

Dasselbe stellt eine Emulsion abgetöteter Staphylokokken, aus Kulturen von Staphyl. albus, citreus und aureus dar. Die Literatur ist noch nicht sehr umfangreich. Dr. med. Doctor[2])-Frankfurt a. M. sah neben gutem Erfolge bei Furunkulose keine merkliche Beeinflussung eines Falles von Sycosis vulgaris, eine auffallend schnelle Rückbildung der tiefen Infiltrate nach den ersten Leukogeninjektionen bei einem Falle von Syc. parasitaria, der aber gleichzeitig mit Röntgenbestrahlung usw. behandelt wurde und daher nicht zu verwerten ist. Bronner[3])-Zabern gutes Resultat bei Furunkulose, Akne und Hidradenitis axillaris; Gehring[4])-Sayda bei sich selbst zur Heilung seiner seit 5 Jahren

[1]) M. m. W., 1915, Bd. 22. — [2]) M. m. W., 1916, Nr. 50. — [3]) D. m. W., 1917, Nr. 13. — [4]) Ther. d. Gegenw., Dezember 1917.

Digitized by Google

bestehenden axillaren Schweiß- und Lymphdrüsenabszesse; E. HOFFMANN[1]) bei Pyodermien (nicht bei Syc. parasitaria).

Patient bekam am 8. VIII. 1917 1 ccm Leukogen mit 10 Millionen Staphylokokken intramuskulär glutäal (Abendtemp. 40.4).

13. VIII. 1917. 2. Injektion, 10 Mill. ebenso (37.9).

16. VIII. 3. Injektion, 25 Mill. Schwellung deutlich verringert.

20. VIII. 4. Injektion. Tumoren blasser, schmerzlos.

23 VIII. 5. Injektion, 50 Mill. Tumoren abgeflacht, keine Sekretion mehr.

27. VIII. 6. Injektion, 75 Mill.

30. VIII. 7. Injektion, 100 Mill.

5. IX. Die Erkrankung völlig abgeheilt mit Hinterlassung roter Stellen; Haut weich, nicht infiltriert.

8. X. Haare an den früheren Erkrankungsherden ausgefallen, oberflächliche Narbenbildung an einzelnen Stellen; keine Knoten oder Infiltratsreste vorhanden.

15. XI. Völlig geheilt, mit Hinterlassung zahlreicher Narben an Wange, Kinn und Kiefergegend.

4. II. 1918[2]). Heilung hat standgehalten. Insgesamt 7 Injektionen mit 295 Mill. Staphyl.

Neben Leukogen wurden noch ab und zu Resorzinumschläge und Ungentum praecipit. alb. angewandt.

Durch diesen frappanten Erfolg veranlaßt, wendete ich bei weiteren Patienten dieselbe Therapie an.

Fall 2. H. G. Erkrankt und behandelt mit Salben seit 4 Wochen. Status: Zwei etwa fünfmarkstückgroße infiltrierte Herde am Halse und Unterkiefer; einige kleinere Knoten an der Wange, tiefe Infiltrate am Halse.

3. X. 1917. Leukogeninjektion muskulär glutäal. 10 Mill.

13. X. Schwellung geschwunden, Infiltrate kleiner; 4. Injektion, 75 Mill.

16. X. Einige Knoten abszedieren, 5. Injektion, 100 Mill.

3. XI. 9. Injektion, 750 Mill.; geheilt mit Hinterlassung kleiner Narben ohne Infiltrat. Verabreicht wurden insgesamt 1800 Mill. in 9 Injektionen.

Fall 3. G. J. Vor 6 Wochen runde, rote Scheibe am Halse, zunehmend; seit 3 Wochen in ärztlicher Behandlung mit Salbe.

9. X. 1917. Das Kinn und der Hals dicht besetzt mit eiternden, nässenden, tiefen Infiltraten. Seit gestern diffuse Schwellung: Sycosis parasit. profunda. 1. Leukogeninjektion 10 Mill. muskulär glutäal. Abendtemperatur 38.

12. X. 2. Injektion, 25 Mill.

16. X. 3. Injektion, 50 Mill; beginnende Rückbildung; Nässen geringer; Schmerz geschwunden.

23. X. 5. Injektion, 100 Mill.; Infiltrate um die Hälfte verkleinert.

2. XI. 8. Injektion, 500 Mill.; Abendtemperatur 37.5; etwas abgeschlagen.

10. XI. 10. Injektion, 500 Mill.; Knoten flach, wie von innen aufgesaugt.

19. XI. 12. Injektion, 800 Mill.; an einer Stelle papillomatöse Effloreszenzen.

10 XII. 15. Injektion, 500 Mill.; abgeheilt.

4. II. 1918[2]). Vollständig geheilt, ohne Infiltrat; Haare wachsen wieder. Patient fühlt sich viel gehobener und kräftiger als vor der letzten Erkrankung. Insgesamt 15 Injektionen mit 5450 Millionen.

Fall 4. B. G. Seit einem viertel Jahre erkrankt, zuerst rote Platte am linken Ohr und am Halse; behandelt seit 3 Wochen.

Status: Beide Wangen, Kinn und Hals nässend mit Borken besetzt, submental ein taubeneigroßer Tumor, am linken Kieferbogen nußgroßes Infiltrat. Am rechten Vorderarm 2 fünfmarkstückgroße, mäßig infiltrierte Scheiben, am linken Arm ein kleiner Herd.

Diagnose: Syc. profunda parasitaria.

29. X. 1917. 1. Leukogeninjektion muskulär glutäal 20 Mill.; Abendtemp. 38,8.

1. XI. 2. Injektion, 25 Mill. Die erkrankten Stellen mehr sukkulent. Patient fühlt sich unbehaglich. 37,5.

8. XI. 75 Mill.; Allgemeinbefinden gut; deutliche Rückbildung der Herde und Knoten.

---

[1]) Therapie der Bonner Klinken, 1917. — [2]) Demonstration in der Gesellschaft der Ärzte.

Digitized by Google

23. XI. 8. Injektion, 500 Mill.; sehr gut rückgebildet, zum großen Teil geheilt. An der linken Wange unter einer Borke Eiterretention. Entfernung der Borke. Ungt. praecip. alb. als erste lokale Behandlung.
29. XI. 9. Injektion, 350 Mill. Schluß der Behandlung.
4. II. 1918[1]). Völlig geheilt, gehobenes Allgemeinbefinden. Insgesamt 9 Injektionen mit 1670 Mill.

Fall 5. H. L. 12jähriger Junge, infiziert während eines Landaufenthalts durch einen Ochsen. Handgroße schuppende Fläche vor dem rechten Ohr über die ganze Wange mit dickem Infiltrat und Erweichung am oberen Pole, seit 5 Wochen. Starkes Ödem der Augenlider rechts: Herpes tonsurans mit Sycosis profunda.
26. X. 1916. 1. Injektion, Leukogen glutäal muskulär.
30. X. Schwellung der Lider geschwunden, Abszeß fluktuierend, die übrigen Erscheinungen gebessert. 25 Mill.
6. XI. 3. Injektion, 50 Mill. Abszeß aufgebrochen.
21. XI. 7. Injektion, 400 Mill. Überall schimmert normale Haut durch.
26 XI. 8. Injektion, 200 Mill., geheilt. Insgesamt 8 Injektionen mit 1185 Mill.
4. II. 1918[1]). An Stelle des Abszesses glatte Narbe, die früher erkrankte Haut noch durch leicht gerötete Verfärbung erkennbar.

Fall 6. K. F. Herpes tonsurans seit 14 Tagen; jetzt zentrale follikuläre Knoten am Halse, ebensolche Herde auf dem rechten Vorderarm und an der Brust.
6. XI. 1917. Intrakutane Impfung auf dem rechten Vorderarm. Dieselbe blieb reaktionslos. 1. Leukogeninjektion, 20 Mill., intramuskulär glutäal.
8. XI. Sieht blasser aus. 2. Injektion, 100 Mill.
16. XI. 3. Injektion, 200 Mill. Pusteln und Infiltrate eintrocknend, schuppend; papillomatöses Aussehen der schrumpfenden Knoten.
23. XI. 5. Injektion, 750 Mill.
25. XI. Morgens 38,7, abends 39,7. Hustenreiz.
3. XII. Temperatur abgefallen. 6. Injektion, 250 Mill.
11. XII. 8. Injektion, 250 Mill. Die Erkrankung ist abgeheilt, Haare ausgefallen; an einigen Stellen verruköse, papilläre Wucherungen.
4. II. 1918[1]). Abgeheilt. Insgesamt 8 Injektionen mit 2500 Mill.

Fall 7. A. C. Sykosis seit 6 Wochen; große Knoten am Halse. Ein Drüsenabszeß, der vor 14 Tagen gespalten wurde, eitert noch.
6. XI. 1917. 1. Leukogeninjektion, 10 Mill., glutäal intramuskulär.
13. XI. 3. Injektion, 100 Mill. Deutlich flacher. Ein neuer Abszeß.
23. XI. 6. Injektion, 500 Mill.
1. XII. Bronchitis.
4. XII. 8. Injektion, 200 Mill.; Kopfschmerz.
17 XII. Sehr gute Rückbildung, Kopfschmerz und Bronchitis nahezu verschwunden 9. Injektion, 100 Mill; subkutan in rechten Vorderarm. An der Injektionsstelle nach 12 Stunden mäßige lokale Schwellung und Rötung.
28. XII. 10. Injektion, 150 Mill. Gesicht abgeheilt. Insgesamt 9 Injektionen mit 1900 Mill.

Fall 8. W. G. Vor 11 Wochen kreisrunde Ringe am Halse; 1 Woche Jodtinktur, dann Salbe und Sublimatlösung. Seit 4 Wochen das ganze Kinn und der Hals besetzt mit haselnußgroßen Knoten. Auf linkem und rechtem Handrücken gleichfalls Infiltrate: Sycosis parasitaria profunda.
24. XII. 1917. 1. Leukogeninjektion, 15 Mill.; intramuskulär glutäal.
3. I. 1918. 3. Injektion, 75 Mill. Hals freier beweglich.
7. I. 5. Injektion, 100 Mill., rechter Vorderarm subkutan, blieb reaktionslos.
10. I. 6. Injektion, 150 Mill. Davon 100 Mill. (2 Teilstriche) subkutan. Vorderarm: leichte lokale Reaktion; 1 Teilstrich (50 Mill) intrakutan; linker Oberarm: ganz leichte Rötung in der Ausdehnung des gesetzten Depots.
19. I. 8. Injektion, 300 Mill.
29. I. 10. Injektion, 200 Mill.; intramuskulär glutäal.

---

[1]) Demonstration in der Gesellschaft der Ärzte.

Digitized by Google

16. II. 13. Injektion, 400 Mill. Kinn und Hals völlig abgeheilt, mit kleinen follikulären Narben. An der Wange rechts ein kleiner Furunkel. Insgesamt 13 Injektionen mit 2500 Mill.

Fall 9. K. J. 27. XII. 1917. Seit 3 Wochen Erkrankung am Halse. Jetzt tiefe pflaumengroße Knoten am Kinn und Hals. Links Sycosis parasitaria profunda. 1. Leukogen, 50. Mill. subkutan, Vorderarm.

31. XII. 2. Injektion, 75 Mill. subkutan.

3. I. 1918. 3. Injektion, 100 Mill. intramuskulär. An Stelle der subkutanen Injektionen war jeweils lokale mäßige Schwellung und Rötung aufgetreten.

10. I. 5. Injektion; davon 150 Mill. intramuskulär, 50 Mill. (0,1 ccm) im rechten Vorderarm intrakutan, blieb reaktionslos.

18. I. 7. Injektion, 400 Mill.; davon 200 Mill. (0,4 ccm) subkutan rechts: stärkere lokale Reaktion. 50 Mill. (0,1 ccm) intrakutan, links: angedeutete Reaktion; 150 Mill. intramuskulär: keine Reaktion.

22. I. 8. Injektion, 500 Mill.

26. I. Bronchitis: 125 Mill.

31. I. Bronchitis gebessert, 10. Injektion, 120 Mill.

4. II[1]). Abgeheilt mit einem kleinen Keloid und einigen verrukösen Papillarhypertrophien; die Haare sind teilweise ausgefallen. Insgesamt 10 Injektionen mit 2020 Mill.

Fall 10. J. A. Knoten und Borken über den ganzen Bart seit vier Wochen.

3. XII. 1917. 1. Leukogen, 10 Mill.

6. XII. 25 Mill.

22. XII. 4. Injektion, 150 Mill.; deutliche Besserung, papilläre Wärzchen.

8. I. 1918. Stellenweise abgeheilt, stellenweise noch borkige Auflagerungen. 5. Injektion, 100 Mill. subkutan.

4. II[1]). 7. Injektion, intramuskulär.

13. II. Geheilt. Insgesamt 7 Injektionen mit 735 Millionen.

Fall 11. Z. G. Erkrankt seit Anfang Dezember mit Herpes tonsurans-Scheibe, später Flecken und Knötchen am Halse. Zuerst Jodtinktur, dann Salbe.

21. XII. 1917 bis 5. I. 1918. 6 subkutane Injektionen von 15—150 Mill. Langsame Rückbildung.

9. I. 1918 bis 25. I. 5 intramuskuläre Injektionen von 200 bis 400 Mill.

6. II. Wegen Erkältung (Schnupfen, Schmerz im Kehlkopf) hatte Patient die Behandlung unterbrochen. Inzwischen ist völlige Heilung der erkrankten Haut mit Zurücklassung oberflächlicher mäßig geröteter Narben eingetreten. Die Haare sind teilweise ausgefallen. Insgesamt 11 Injektionen mit 1905 Millionen.

Fall 12. H. L. 5. I. 1918. Erkrankt seit Anfang Dezember, Sykosis. Zahlreiche kirschgroße Knoten am Kinn. 1. Leukogeninjektion, 25 Mill.

19. I. 5. Injektion, 250 Mill. Langsame Rückbildung.

1. II. 9. Injektion, 600 Mill.

14. II. 11. Injektion, 200 Mill. Die Erkrankung ist sehr gebessert, aber noch nicht völlig geheilt. Die Behandlung geht weiter.

Zusammenfassung: Bei 12 Fällen von Sycosis parasit. profunda, deren Entstehen aus Herpes tonsurans superficialis in den meisten Fällen ärztlich beobachtet wurde, konnte in relativ kurzer Zeit durch Leukogeninjektionen ohne sonstige wtrksame Behandlung vollständige, nahezu reaktionslose Heilung erzielt werden. Es waren durchschnittlich 10 Injektionen mit 2000 Mill. Staphylokokken zur Heilung erforderlich.

Gleichfalls augenscheinlich, wenn auch weniger verblüffend, war der Erfolg bei einer zweiten Gruppe Patienten, welche an Trychophytia infiltrans erkrankt war (8 Patienten).

Fall 13. Sch. K. 13. X. 1917. Am Halse links ein fünfmarkstückgroßer Ring, rechts und in der Mitte kleinere Kreise und leicht infiltrierte Herde, bestehend seit

[1]) Demonstration in der Gesellschaft der Ärzte.

Digitized by Google

drei Wochen. Seit 14 Tagen eine Tonsurans-Scheibe und -Ring auf dem linken Handrücken. Magengeschwür, an dem Patient seit 5 Wochen mit Liegekur behandelt wird.

1. Leukogeninjektion, 25 Mill. muskulär.

26. X. 1917. Die Ringe sind verschwunden, dagegen besteht starke Schuppung, teilweise krausenförmige schuppende Effloreszenzen. Auch auf der Hand Rückbildung. 5. Leukogeninjektion, 200 Mill.

2. XI. Überall sehr starke Schuppung. Auf dem linken Mittelfinger ein neuer zehnpfennigstückgroßer Herd, zentral etwas abgeflacht, mit herpetischem Rande. 7. Injektion, 600 Mill.

7. XI. 8. Injektion, 800 Mill.

12. XI. 9. Injektion, 1000 Mill. Schuppung geringer.

19. XI. 10. Injektion, 1000 Mill.

26. XI. Noch geringe Schuppung am Halse, an den Händen oberflächliches kutanes Infiltrat.

3. XII. Auf der rechten Wange einige kleine linsengroße, schuppende, neue Herde. Leichte Naphtholschwefelsalbe.

10. XII. In Heilung.

4. II. 1918[1]). Restlos geheilt. Insgesamt 10 Injektionen mit 4300 Mill.

Fall 14. F. H. Herpes tonsurans seit 4 Wochen mit landkartenförmigen Scheiben und Ringen, teilweise oberflächlich infiltriert; an Hals und Wange neue Herde.

Diagnose: Trichophytia infiltrans.

28. X. 1917. 1. Injektion, 25 Mill. intramuskulär.

21. XI. 4. Injektion, 400 Mill.

Patient hält sich für geheilt und kommt nicht mehr.

3. I. 1918. Neue Aussaat von Herpes tonsurans; 5. Injektion, 50 Mill.

15. I. 7. Injektion, Patient ungeheilt, bleibt weg.

Fall 15. B. F. 29. X. 1917. Diffuses Infiltrat von Trichophytia infiltr. an Wange und Ohr seit 4 Wochen. 1. Leukogeninjektion, 20 Mill. intramuskulär.

6. XI. 4. Injektion, 75 Mill., Rückbildung und Schuppung.

24. XI. 8. Injektion, 400 Mill., Bronchitis.

10. I. 12. Injektion, nahezu geheilt. Aber noch leichtes kutanes Infiltrat vor dem Ohre. Patient, der unregelmäßig erschien, erhielt 12 Injektionen mit 2300 Mill.

Fall 16. A. F. 10 XI. 1917. Herpes tonsurans superfic. am Halse. Jodtinktur. Am Vorderarm kutane Ritzungen, mit Leukogen (100 Mill.) bestrichen: es trat leichte Rötung und strichförmige Schwellung des Ritzes ein. Kontrolle absolut reaktionslos.

23. XII. Oberflächliche Infiltrierung. 1. Leukogeninjektion, 20 Mill., subkutan.

7. I. 1918. 6. Leukogeninjektion, 200 Mill., subkutan.

12. I. Nur langsame Rückbildung, Schuppung. 7. Injektion, 250. Mill. intramuskulär; lokal: Chrysarobinsalbe.

26. I. 10. Leukogeninjektion, 400 Mill.

5. II. Geheilt mit insgesamt 10 Injektionen mit 750 Mill., wovon die ersten 6 Injektionen subkutan verabreicht wurden.

20. II. Nachträglich Rezidiv von Herpes tonsurans sowohl an Stelle des früheren Herdes als in der Nachbarschaft.

Fall 17. K. E. 19. XI. 1917. Drei Herpes tonsurans-Ringe am Halse. Jodtinktur, Salben.

2. I. 1918. Noch nicht abgeheilt, sondern infiltrierend und peripher zunehmend. 1. Leukogeninjektion, 50 Mill. subkutan. Es entsteht ein lokales, talergroßes, gerötetes Infiltrat. Kontrolle (Phenol-Kochsalzlösung) absolut reaktionslos.

11. I. 4. Injektion, 150 Mill. subkutan, Herd im Gesicht schreitet nach Wange und Augenlid weiter mit erysipeloidem Rande. Ichthyolsalbe.

14. I. 5. Injektion, 200 Mill., davon 50 Mill. (0,1 ccm) intrakutan. Es entsteht daselbst ein haselnußgroßes, gerötetes Infiltrat.

18. I. 6. Injektion, 250 Mill. subkutan; Rötung im Gesicht geschwunden.

22. I. Langsame Heilung. 7. Injektion, 300 Mill. intramuskulär.

7. II. 11. Injektion, 500 Mill. intramuskulär.

Während Hals und eine Wange völlig abgeheilt, bleibt an der linken Unterkiefer-

[1]) Demonstration in der Gesellschaft der Ärzte.

Digitized by Google

gegend ein etwa markstückgroßer infiltrierter und ulzerierter Herd zurück. Patient entzieht sich der weiteren Beobachtung. Es war dies der am wenigsten zu beeinflussende Fall. Dabei ist beachtenswert, daß bei jeder subkutanen Injektion eine lokale Reaktion in einer Intensität auftrat, wie sie bei keinem anderen Patienten beobachtet wurde. Insgesamt 11 Injektionen (worunter 6 subkutane) mit 2825 Millionen.

Fall 18. Sch. L. 27. XII. 1917. Herpes tonsurans an der linken Wange; Jodtinktur.

14. I. 1918. Nach scheinbarer Heilung zeigen sich im Zentrum der Effloreszenz leicht hervortretende oberflächliche kleinpapilläre Infiltrate: Trichophytia infiltrans. 1. Leukogeninjektion, 30 Mill. subkutan.

4. II. 6. Leukogeninjektion, 250 Mill. subkutan. Geheilt. Insgesamt 6 Injektionen mit 800 Mill. Bei sämtlichen subkutanen Injektionen war keine oder nur ganz geringe lokale Reaktion aufgetreten.

Fall 20. Dr. F. 20. I. 1918. Bartflechte seit Anfang Dezember 1917, bisher Jodtinktur, Salben usw.

Status: Die ganze untere Gesichtshälfte ist entzündet, gerötet, mit Borken bedeckt, oberflächlich infiltriert.

Diagnose: Trichophytia infiltrans. 1. Leukogeninjektion, 50 Mill.

2. II. Gebessert, 6. Injektion, 300 Mill.

18. II. 9. Injektion, 500 Mill. Bisher insgesamt 2500 Mill.; Infiltrat teilweise geschwunden. Am Kinn noch borkige, teilweise nässende ekzematöse Herde. Langsame Heilung, Behandlung geht weiter.

Zusammenfassung: Unter 8 Fällen von Trichophytia infiltrans wurden 4 geheilt, einer nahezu geheilt (Fall 15); 1 Fall steht nach 9 Injektionen gebessert noch in Behandlung, 2 Fälle (14 und 16) entzogen sich nach 8 bzw. 11 Injektionen ungeheilt der weiteren Beobachtung; 1 Fall, der geheilt schien, rezidivierte nach 14 Tagen. Das Gesamtresultat der Leukogenbehandlung ist also auch bei dieser Gruppe als befriedigend zu bezeichnen, wenn es auch hinter den Erfolgen bei Sycosis profunda deutlich zurücksteht.

(Schluß folgt.)

Aus dem k. u. k. dermatologischen Zentralspital in Szeged
(Spitalskommandant: k. u. k. Stabsarzt Dr. Forbát).

Über die Behandlung der gonorrhoischen Nebenhodenentzündung mit subskrotalen Injektionen.

Von

Dr. Ignatz Saudek, Chefarzt der III. urologischen Abteilung.

Die Behandlung der gonorrhoischen Komplikationen, insbesondere der Nebenhodenentzündungen hat in den letzten Jahren durch Einführung neuer Methoden und neuerliche Erprobung älterer Verfahren eine wesentliche Bereicherung erfahren. Hat doch auf diesem Gebiete die spezifische Vakzinetherapie, ebenso wie die intramuskulären Milchinjektionen nach Müller-Weiss, die schönsten Erfolge zu verzeichnen. Auch die Anwendung physikalischer Maßnahmen, insbesondere von Wärmeapplikation ist bei der gonorrhoischen Hodenentzündung in verschiedenen Modifikationen versucht worden. Auch ich habe in meinem früheren Wirkungsorte, im Reservespitale Nr. 1 in Brünn, bei etwa 130 Fällen

Digitized by Google

akuter Hodenentzündung das Diathermieverfahren erprobt und konnte eine sehr günstige Wirkung auf die Resorption der entzündlichen Infiltrate beobachten.

Die Bestrebungen der Therapie bei akuter Hodenentzündung haben ihre naturgemäß vorgezeichneten Ziele. Es gibt vor allem die bedeutenden Beschwerden, insbesondere den Schmerz der ersten Entzündungsperiode zu lindern, ferner den Gesamtverlauf der Krankheit zu verkürzen und endlich eine tunlichste Aufsaugung der entzündlichen Infiltrate, womöglich zur Norm anzustreben.

Eine in der Wiener klinischen Wochenschrift, Jahrgang 1917, Nr. 26, veröffentlichte Arbeit von Dr. Rudolf Müller über die Verwendung von Eigenserum in der Nachbarschaft entzündlicher Prozesse gab mir die Anregung, diese Methode auch bei den gonorrhoischen Nebenhodenentzündungen zu versuchen. Es schien mir dies um so plausibler, als gerade bei diesen Entzündungsprozessen die Möglichkeit vorliegt, ein Flüssigkeitsdepot in die Nachbarschaft des Krankheitsherdes zu setzen und den Erfolg an den sinnfälligen Veränderungen zu konstatieren. Die Methode wurde in folgender Weise angewendet:

Dem Kranken wurde gleich im akuten Stadium etwa 20 ccm Blut aus der Armvene entnommen, das Blut zentrifugiert und das gewonnene Serum in ungefähren Mengen von 5—8 ccm möglichst tief subskrotal außerhalb der Tunica vaginalis in die unmittelbare Nähe des Entzündungsherdes eingespritzt. Die Injektionen hatten bei keinem Patienten irgend welche allgemeine örtliche Störungen zur Folge und waren von keiner Fieberreaktion begleitet; hingegen zeigte sich sehr bald ein günstiger Einfluß auf den Entzündungsherd im Sinne einer ausgesprochenen Schmerzlinderung und eines erheblichen Nachlassens der örtlichen Beschwerden. Die Patienten gaben übereinstimmend an, daß sie sich sehr bald nach erfolgter Injektion viel wohler fühlten und baten in vielen Fällen um eine neuerliche Seruminjektion. Im allgemeinen wurden die subskrotalen Einspritzungen — in dreitägigen Pausen — fünfmal und auch häufiger wiederholt. Jedoch nicht nur die subjektiven Angaben der Patienten, sondern auch die objektiven Befunde zeigten ein rascheres und gründlicheres Verschwinden der entzündlichen Infiltrate als wie bei rein exspektativer Therapie. Hierzu sollen einige beispielsweise im Auszuge angeführten Krankheitsgeschichten die Belege bringen. Ich hatte den sicheren Eindruck, daß nicht nur die Schmerzhaftigkeit nach einer oder zwei Injektionen sistierte, sondern das auch der ganze Krankheitsverlauf sich günstiger gestaltete, und daß die Resorption der Infiltrate rasch und gründlich vor sich ging. Somit wären die Angaben Müllers über die schmerzlindernde und resorptionsbefördernde Wirkung des Eigenserums in der Nachbarschaft entzündlicher Prozesse auch durch meine Erfahrungen bei Hodenentzündungen bestätigt.

In praktischer Hinsicht erschwert freilich die allgemeine Verwendbarkeit dieser Methode die Umständlichkeit der wiederholten Blutentnahme und Serumgewinnung durch Zentrifugieren, was insbesondere in der Privatpraxis ins Gewicht fällt, während auf der Klinik diesem Umstande keine so besondere Rolle zuzusprechen wäre. Wenn wir von den im Blute Gonorrhoekranker nachgewiesenen Antistoffen ausgehen, so

Digitized by Google

können wir zu der Auffassung hinneigen, daß sie in dem aus den extravasalen Blute stammenden Eigenserum in einer wirkungsvolleren aktivierten Form auftreten und, in die Nachbarschaft gonorrhoischer Entzündungsherde gebracht, daselbst unmittelbar ihre Wirkung entfalten. In ähnlichem Sinne deutet auch MÜLLER die Wirkung seiner Eigenserumtherapie, wobei er jedoch dem auf das injizierte Serum in dem gespannten Gewebe ausgeübten Drucke einen mitbestimmenden Einfluß auf die immunisatorische Fähigkeit des Serums beimißt. Jedoch auch Einflüsse rein physikalisch-chemischer Natur lassen sich bei dieser Behandlungsart nicht ausschließen.

Ich habe die Therapie an etwa 100 akuten gonorrhoischen Epididymitiden versucht und habe, wie erwähnt, den Eindruck eines prompt günstig einwirkenden Eingriffes gewonnen. Folgende Krankheitsgeschichten mögen das Gesagte beleuchten.

1) 10. VII. N. F., seit 4 Tagen Nebenhodenentzündung. Rechter Nebenhoden im unteren Pol taubeneigroß, derb, sehr schmerzhaft, druckempfindlich. 3 ccm Eigenserum über dem unteren Pol injiziert.
11. VII. Fühlt sich bedeutend wohler, Nachmittag 5 ccm Eigenserum.
12. VII. Schmerzlos, entzündliche Geschwulst zurückgegangen.
14. VII. Nachmittag 4 Uhr 4 ccm Eigenserum.
15. VII. Infiltrat sehr zurückgegangen.
17. VII. Nachmittag 5 Uhr 4 ccm Eigenserum.
18. VII. Kaum haselnußgroß.
20. VII. Nur noch etwas derb und nicht druckempfindlich, 7 ccm Eigenserum-Injektion.
22. VII. Normal. Geheilt entlassen.

2) 11. VII. T. B., Hodenentzündung seit 1 Woche; etwas schmerzhaft, rechter Hoden über hühnereigroß, hart, derb, mäßig druckempfindlich, Eigenserum 5 ccm.
12. VII. Fühlt sich wohler.
18. VII. Geschwulst sehr zurückgegangen, 4 ccm Eigenserum injiziert.
21. VII. Schmerzlos, haselnußgroß, 5 ccm Eigenserum.
25. VII. Nur mehr ein kirschkerngroßes Knötchen im unteren Pol, 5 ccm Eigenserum.
27. VII. Bis auf ganz kleine Verdickungen im unteren Pol normal.

3) 15. VII. G. F., seit 5 Tagen Hodenentzündung. Rechter unterer Pol auf das dreifache verdickt, etwas schmerzhaft und druckempfindlich, 7 ccm Eigenserum.
16. VII. Schmerzlos, Geschwulst stark zurückgegangen.
18. VII. Fast normal, 5 ccm injiziert.
30. VII. $7^1/_2$ ccm Eigenserum.
5. VIII. Nur mehr bei starkem Zudrücken eine ganz geringe Resistenz am unteren Pol fühlbar.
10. VIII. Normal.

4) 14. VII. R. A., seit 14 Tagen Hodenentzündung. Rechter unterer Pol taubeneigroß, etwas druckempfindlich, 3 ccm Eigenserum.
15. VII. Schmerzlos.
17. VII. 6 ccm Eigenserum.
18. VII. Wesentlich zurückgegangen.
20. VII. Der untere Pol nicht ganz walnußgroß, 4 ccm Eigenserum.
21. VII. Haselnußgroß.
23. VII. Unterer Pol kirschkerngroß, 6 ccm Eigenserum.
27. VII. 6 ccm Eigenserum.
30. VII. Normal. Geheilt.

5) 16. VII. S. Z., seit 6 Tagen linker Nebenhoden gänseeigroß, schmerzhaft, druckempfindlich, 6 ccm Eigenserum.
17. VII. Fast schmerzlos, kleiner.

Digitized by Google

22. VII. Linker Hoden hühnereigroß, nicht druckempfindlich, $4^1/_2$ ccm Eigenserum.
29. VII. Linker Hoden viel kleiner, 5 ccm Eigenserum.
3. VIII. Unterer Pol haselnußgroß, 4 ccm Eigenserum.
4. VIII. Fast normal.
10. VIII. Im unteren Pol nur ganz leichte Verdickung.

6) 12. VII. B., seit 6 Tagen rechter Hoden im unteren Pol walnußgroß, druckempfindlich, 4 ccm Eigenserum.
13. VII. Schmerzlos, weicher.
18. VII. 4 ccm Eigenserum.
21. VII. Unterer Pol haselnußgroß, 4 ccm Eigenserum.
24. VII. Wesentlich kleiner, 5 ccm Eigenserum.
28. VII. Fast normal.

7) 23. VII. J. G., seit 7 Tagen rechter Hoden gänseeigroß, unterer Pol taubeneigroß, stark druckempfindlich, 7 ccm Eigenserum.
27. VII. Rechter Nebenhoden hühnereigroß, schmerzlos, 6 ccm Eigenserum.
29. VII. Geschwulst zurückgegangen.
3. VIII. 5 ccm Eigenserum.
5. VIII. Wesentlich kleiner, nur noch im unteren Pol verdickt.
8. VIII. Im unteren Pol kirschkerngroße Verdickung, sonst normal, 6 ccm Eigenserum.
16. VIII. Fast vollständig normal.

8) 27. VII. E. Z. J., seit 14 Tagen rechter Nebenhoden hühnereigroß, straff gespannt, sehr schmerzhaft, 3 ccm Eigenserum.
28. VII. Geringere Schmerzhaftigkeit.
3. VIII. $5^1/_2$ ccm Eigenserum.
4. VIII. Nicht schmerzhaft, der untere Pol walnußgroß, derb, verdickt.
9. VIII. Unterer Pol kirschkerngroß, $7^1/_2$ ccm Eigenserum.
12. VIII. Unterer Pol klein, derb, nicht druckempfindlich, 8 ccm Eigenserum.
14. VIII. Fast normal.
20. VIII. Geheilt entlassen.

9) 4. VIII. S. Z., seit 4 Tagen Hodenentzündung. Linker Nebenhoden über hühnereigroß, derb, etwas druckempfindlich, 5 ccm Eigenserum.
5. VIII. Nicht druckempfindlich, Geschwulst sehr zurückgegangen.
8. VIII. Unterer Pol nicht verdickt, nicht druckempfindlich, 3 ccm Eigenserum.
12. VIII. Bis auf kirschkerngroße Verdickung im oberen Pol normal, 5 ccm Eigenserum.
14. VIII. Fast normal, 7 ccm Eigenserum.
16. VIII. Normal.

10) 9. VIII. T. D., seit 2 Tagen linker Nebenhoden über hühnereigroß, unterer Pol taubeneigroß, sehr druckempfindlich. Nachmittag 5 Uhr 4 ccm Eigenserum.
10. VIII. Fühlt sich wohler.
13. VIII. Sehr gebessert, schmerzlos, unterer Pol walnußgroß, 4 ccm Eigenserum.
14. VIII. Kleiner, nicht druckempfindlich.
16. VIII. Unterer Pol walnußgroß, 6 ccm Eigenserum.
21. VIII. Haselnußgroß, 6 ccm Eigenserum.
26. VIII. Nur noch leicht verdickt.
30. VIII. Geheilt.

Es lag nun der Gedanke nahe, versuchsweise auch andere Flüssigkeiten subskrotal anzuwenden, vor allem Normalserum. Doch bot sich hier, da ich eine Abteilung vorwiegend mit Gonorrhoikern führte, keine Möglichkeit. Ich machte nun den Versuch, physiologische Kochsalzlösung bei akuter Hodenentzündung in gleicher Weise wie das Eigenserum anzuwenden. Von dieser, ohne weiteres zu beschaffenden Injektionsflüssigkeit habe ich gleich 20 ccm injiziert und bin sehr bald zu 40, 50 bis 60 ccm aufgestiegen. Ich verteilte die sterilisierte Kochsalz-

Digitized by Google

lösung möglichst gleichmäßig über dem Entzündungsherde, wobei ich natürlich auch ein mehrfaches, fast schmerzloses Einstechen in die mit Jodtinktur bestrichene Skrotalhaut nicht scheute.

Zu meiner Überraschung war der Erfolg dieser Injektion in bezug auf Schmerzlinderung ein außerordentlich günstiger. Wenige Minuten nachdem ich den entzündeten Nebenhoden in ein künstliches, zwischen Skrotalhaut und Tunica vaginalis externa geschaffenes Ödem eingehüllt hatte, trat vollständige und andauernde Schmerzlosigkeit auch in dem Falle ein, wo der Patient vorher über die heftigsten Schmerzen geklagt hatte. Manche Kranken erklärte geradezu, daß der Schmerz wie weggeblasen sei. Einige, welche sich mit dem Ausdrucke stark physischer Leiden zum Untersuchungstische geschleppt haben, konnte ich wenige Minuten nach der Injektion im Zimmer ohne Suspensorium herumlaufen lassen, ohne daß die Patienten laut ihren Angaben Schmerz verspürt hätten. Das subjektive Wohlbefinden und die Schmerzlosigkeit dauerte in der Mehrzahl der Fälle schon nach der ersten Injektion beständig an und nur in der Minderzahl hatte ich die Injektion der Kochsalzlösung nach 2—3 Tagen zu wiederholen. Die mit subskrotaler Kochsalzlösung behandelten Kranken haben also ihre Nebenhodenentzündung nahezu schmerzlos durchgemacht.

Es war nun wichtig, zu verfolgen, ob die Injektion nicht irgendwie den Krankheitsverlauf selbst im Sinne einer Verzögerung oder Beschleunigung, respektive einer besseren oder schlechteren Aufsaugung der entzündlichen Infiltrate beeinflußt. Wäre es ja möglich gewesen, daß das Ödem durch Druckanämie sich ungünstig geltend machte. Diese Besorgnis ist aber jedenfalls durch den Verlauf der Fälle widerlegt worden.

In den meisten Fällen war das subskrotale Ödem in ein oder zwei Tagen verschwunden, und nur selten brauchte es zu seiner Resorption eine etwas längere Zeit. Hingegen waren die Infiltrate entsprechend dem verstrichenen Zeitraume in normaler Weise zurückgegangen. Ich habe eher den Eindruck, daß die Resorption der entzündlichen Infiltrate durch die subskrotalen Injektionen beschleunigt werde. Dies erkläre ich mir in der Weise, daß die angeregte Resorption des künstlichen Ödems auch in gleichem Sinne die Resorption der entzündlichen Infiltrate im Nebenhoden beeinflußte. Jedoch ist dieser Einfluß als geringer anzunehmen als die resorptionsfördernde Einwirkung des Eigenserums.

War schon der therapeutische Einfluß der Eigenserum-Injektionen nicht leicht zu deuten, so begegnet die Erklärung der auffälligen Schmerzlinderung durch Kochsalzlösung noch größeren Schwierigkeiten. Der erste Gedanke ist natürlich nach der Richtung der Schleichschen Infiltrations-Anästhesie orientiert, jedoch bleibt die Erklärungsschwierigkeit bestehen, wieso die bloß subskrotale Injektion das eigentlich entzündete und schmerzhafte Organ so prompt anästhesiert. Ohne hiermit eine Erklärung zu geben, verweise ich nur auf die Analogie in der schmerzlindernden Wirkung der entzündlichen Ödeme bei anderen Entzündungsprozessen. Der populärste Fall ist wohl das Aufhören der heftigen Schmerzen bei einer Zahnperiostitis, sobald das entzündliche Ödem in Form der geschwollenen Backe auftritt.

Ich habe ungefähr 35 Fälle von akuten Nebenhodenentzündungen

Digitized by Google

mit subskrotalen Kochsalzinjektionen behandelt und durchweg das Auftreten einer anhaltenden Schmerzlosigkeit gleich nach der Injektion beobachtet. Die gleiche Anästhesie konnte ich auch in vier Fällen einer akuten gonorrhoischen Gelenksentzündung, und zwar zweimal bei Kniegelenksentzündung, je einmal bei Entzündung des Hand- und Fußgelenkes nach periartikulärer Kochsalzinjektion beobachten. Auch hier ließen die spontanen Schmerzen im Gelenke sehr bald nach und auch die vorher gehemmte Beweglichkeit im Gelenke wurde freier und schmerzloser. Ich habe in diesen Fällen die Kochsalzinjektionen 3—4mal mit zweitägigen Pausen wiederholt und jedesmal einen erheblichen Rückgang der Schmerzremissionen erzielt.

Im Anschlusse an diese vorwiegend schmerzstillende Therapie versuchte ich subskrotale Injektionen von Jodsalzlösungen zum Zwecke einer intensiveren Aufsaugung der zurückgebliebenen Nebenhodeninfiltrate. Hierbei ging ich von der Annahme aus, daß Jodsalzlösungen, wie sie ja als Resorbens seit langer Zeit äußerlich auf die Skrotalhaut zu gleichem Zwecke angewendet werden, viel stärker wirken müßten, wenn sie unter die Haut in unmittelbare Nachbarschaft des Krankheitsherdes gebracht würden. Bei der großen Diffundibilität der Jodsalze nahm ich an, daß sie auf diese Weise in größeren Mengen durch den Lymphstrom in den erkrankten Nebenhoden gelangen und dort ihre resorptive Kraft in stärkerem Maße entfalten würden, als wenn sie durch die Barriere der verdickten, mit einer Muskelschicht versehenen Skrotalhaut einwirken würden. Von diesem Gesichtspunkte aus habe ich in 46 Fällen vorwiegend frischer Hodenentzündungen nach Ablauf der ersten Entzündungserscheinungen, während welcher Eigenserum oder Kochsalzlösung in Anwendung kam, Jodkalilösungen von 1, 2 und 5%iger Konzentration in der Menge von 5—10 ccm subskrotal injiziert, in einigen Fällen Jodjodkaliumlösungen in der bekannten Lugolschen Zusammensetzung. Von letzterer Lösung bin ich jedoch sehr bald abgekommen, weil sie heftigen Schmerz, Reizerscheinungen und auch Hautinfiltrate verursachte. Hingegen wurden Jodkalilösungen gut vertragen und nur die 5%ige löste wohl wegen ihrer Hypertonie einen etwa $^1/_4$ Stunde währenden Schmerz aus, während die 1%ige vollständig schmerzlos vertragen wurde.

Der Erfolg dieser, in dreitägigen Pausen vorgenommenen Einspritzungen ist nun darum recht schwer zu beurteilen, weil der beobachtete Rückgang der Infiltrate manchmal wohl sehr auffällig war, in anderen Fällen aber hinter den Erwartungen zurückblieb. Dennoch hatte ich bei den beobachteten Fällen den Eindruck, daß die subskrotal injizierten Jodkaliinjektionen einen gewissen resorptiven Einfluß ausgeübt haben. Schon nachdem diese in größerem Umfange ausgeführt waren, wurde mir von kollegialer Seite eingewendet, daß die supponierte Resorption auf dem Wege der Lymphbahn in den erkrankten Nebenhoden nicht ohne weiteres als feststehend anzunehmen sei. Zur Aufklärung der Sachlage wurde folgendes Experiment ausgeführt. Es wurde einem Meerschweinchen subskrotal 1 ccm Indigokarminlösung injiziert und nach 20 Minuten der Hoden entfernt. Dabei zeigte sich, daß das subskrotale Bindegewebe ebenso wie die Tunica vaginalis intensiv blau gefärbt war, während Hoden und Nebenhoden farblos geblieben waren. Der Versuch

Digitized by Google

würde gegen die unmittelbare Resorption aus dem subskrotalen Bindegewebe in das Nebenhodenparenchym sprechen, wenn man diese Injektion einer Farbstofflösung in Analogie setzt mit einer subskrotalen Kochsalzlösung bei erkranktem Nebenhoden. Doch wäre darauf hinzuweisen, daß in letzterem Falle der entzündete Nebenhoden mit der prallgespannten Tunica vaginalis ja häufig selbst mit der Skrotalhaut verlötet erscheint, wodurch für die leicht diffundibeln Jodsalzverbindungen günstige örtliche Verhältnisse in bezug auf die Lymphresorption geschaffen werden. Überdies erzeugt auch die subskrotal deponierte Jodlösung, insbesondere in höheren Konzentrationen eine konsekutive Hyperämie, eventuell auch Exsudation, von welcher anzunehmen ist, daß sie auf die in unmittelbare Nachbarschaft gelegenen Entzündungsherde des Nebenhodens resorbierend einzuwirken vermag.

Zusammenfassung:

1. Die von R. Müller angegebene Injektion von Eigenserum in die Nachbarschaft von Entzündungsherden hat sich auch bei Nebenhodenentzündungen als schmerzstillend und resorptionsbefördernd erwiesen.

2. Subskrotale und periartikuläre Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung in Mengen von 40—50 ccm wirken prompt im Sinne einer andauernden Schmerzbehebung.

3. Subskrotalen 1, 2 und 5%igen Jodkalilösungen kommt eine gewisse resorptionsfördernde Fähigkeit auf entzündliche Infiltrate zu.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Eigenserum und Aderlaß — Lehre und Anwendung, von Bodo Spiethoff-Jena. (M. Kl., 1916, Nr. 47—48.) Nach einer kurzen, historischen Einleitung gibt der Verfasser gleich die allgemeinen Richtlinien für die Behandlung mittels einfachen Aderlasses, Eigenserum und Eigenblut. Er erkennt auch dem ersten, bei dem er Mengen von etwa 50 ccm Blut entnimmt, für gewisse Fälle einen Heilwert, bisweilen sogar einen bedeutenderen als der Serumbehandlung zu. Beim Eigenserumverfahren unterscheidet Spiethoff zwei Methoden: a) man spritzt einem Erwachsenen (Kindern entsprechend seltener und weniger) einen Tag um den anderen die Serummenge venös ein, die sich aus 50—100 ccm Blut gewinnen läßt, bis bei sichtbarem Erfolge der Eingriff nur noch zweimal wöchentlich nötig ist; b) man entnimmt (nach Königsfeld) 50 ccm Blut und spritzt täglich nur 5 ccm Serum venös ein. Beim venösen Eigenblutverfahren verwendete der Verfasser anfänglich bei jeder Sitzung 20 ccm und zwar jeden zweiten Tag; später steigerte er die Einzeldosis je nach der Krankheit, der Reaktion und dem Erfolge auf 120—200 ccm und zwar jeden dritten Tag bis täglich oder zweimal täglich; jedoch liegen über diese Methode noch keine abschließenden Erfahrungen vor. Im allgemeinen wertet Spiethoff das Eigenblutverfahren geringer als den Aderlaß oder das Eigenserumverfahren, obwohl er ihm bisweilen Erfolge zu danken hatte in Fällen, in denen das Eigenserum versagt hatte, und obwohl er selbst bei wochenlang fortgesetzten Eigenblutverfahren nie Schädigungen gesehen hat. Besonders stellt er die Emboliegefahr in Abrede und verwendet auch jetzt statt der früher gebrauchten, engen Kanülen, die eventuelle Gerinnsel nicht durchlassen sollten, weitere, mit denen die Injektion schneller vonstatten geht. Ob man mit der Behandlungsmethode wechseln oder aufhören soll, entscheidet man außer nach dem klinischen Verlaufe der Krankheit am besten durch häufig wiederholte Blutuntersuchungen. Über die Technik der einzelnen Verfahren, vgl. Original. Was den klinischen Teil der Abhandlungen anlangt, so würde es zu weit

Digitized by Google

führen, die Mitteilungen des Verfassers über die Erfolge der einzelnen Methoden anzuführen. Von den nichtinfektiösen Hautkrankheiten hat er Urtikaria, Prurigo, Pruritus, Ekzeme, Psoriasis, Lichen ruber planus, Pemphigus usw. erfolgreich behandelt. Von den mit Eigenstoff behandelten Ansteckungskrankheiten illustrieren Abbildungen von Impetigo contagiosa, Trichophytia profunda und ulzeröser Lues die Wirkung der Behandlung, mit der SPIETHOFF auch bei Erysipel (schneller Abfall der Fieberkurve), Erythema nodosum, Lupus usw. sehr Günstiges erreicht hat. Auch die blennorrhoischen Komplikationen (akute Epididymitis und Prostatitis) bilden ein dankbares Anwendungsgebiet für Aderlaß- und Eigenserumbehandlung, die nach Meinung des Verfassers der Behandlung mit spezifischer oder unspezifischer Vakzine mindestens gleichzustellen ist. Für die ausführlichen Mitteilungen über die Gestaltung des Blutbildes muß ebenfalls auf das Original verwiesen werden. Zum Schlusse bringt der Verfasser noch die Erklärungsversuche für die Wirkung seiner Methoden, ohne aber bisher zu einem abschließenden Urteil gelangen zu können. O. Lasch-Breslau.

Salvarsanausscheidung im Urin als Wertmesser konzentrierter Injektionen und großer Infusionen, von ENGWER. (D. m. W., 1916, Nr. 39.) STERN, der aus praktischen Gründen die Verabreichung des Salvarsans in Form konzentrierter Neosalvarsanlösungen empfiehlt, glaubt auch, daß die therapeutische Wirksamkeit der konzentrierten Lösungen eine viel größere sei, da das Salvarsan länger im Organismus verweile. Während RIEBES nach großen Infusionen bei 65 Patienten nur viermal nach zwölf Stunden positive Salvarsanreaktion (ABELINSche Reaktion), meist aber schon nach sechs Stunden negative Resultate im Urin fand, konnte STERN nach den Injektionen konzentrierter Lösungen noch nach 48 Stunden in 10% der Fälle im Urin positive Reaktion konstatieren. Auch ENGWER hat in einer Zahl von Fällen noch nach 48 Stunden positive Urinreaktion erhalten. STERN erklärt die bedeutenden Differenzen durch die gesteigerte Darmtätigkeit und Diurese, läßt aber den Faktor, wie die Darmtätigkeit an der Salvarsanausscheidung sich quantitativ und zeitlich zu der Urinabsonderung verhält, unberücksichtigt. ENGWER hat bei sechs Patienten, denen er große Infusionen applizierte, die Darmtätigkeit durch Opium zum Teil ausgeschaltet. Unter diesen Umständen fand er noch nach 48 Stunden in den Urinen positive Reaktion. Ihm scheint es daher nicht zulässig, für die Beurteilung der therapeutischen Wirksamkeit der verschiedenen Methoden die Resultate der Urinuntersuchung allein zu verwerten, vielmehr müßte für solche Zwecke das gesamte Verhalten des Salvarsans im Organismus und sämtliche Ausscheidungsbedingungen in Betracht gezogen werden.

E. Brinitzer-Altona.

Über die Pathogenese der Salvarsantodesfälle der Schwangeren, von W. WECHSELMANN-Berlin. (M. m. W., 1917, Nr. 11.) Die von EHRLICH aufgestellten Kontraindikationen der Salvarsananwendung: Arteriosklerose, Hirnkrankheiten, Nephritis, Myokarditis, treffen nicht zu; derartige Kranke vertragen Salvarsan bei vorsichtiger Anwendung; dagegen ist die größte Vorsicht geboten bei Menschen mit Status thymicolymphaticus, vaskulärer Nephritis, schweren Tuberkulosen, besonders latenter Meningealtuberkulose, Leberinsuffizienzen. Zu dieser Gruppe Gefährdeter sind auch die Schwangeren zu rechnen. Die Niere der Schwangeren ist besonders zu Ende der Schwangerschaft an die Grenze der Leistungsfähigkeit herangerückt. Es darf deshalb Salvarsan bei Schwangeren nur nach sorgfältiger Nierenfunktionsprüfung gegeben werden, und nur in Dosen von 0,1—0,15 Salvarsan. WECHSELMANN will die Salvarsanvergiftung nicht als Arsenvergiftung aufgefaßt wissen, sondern sieht in ihr einen der Eklampsie ähnlichen Vorgang. Ist doch auch tatsächlich eine Differentialdiagnose zwischen Salvarsanvergiftung bei Schwangeren und Eklampsie nicht zu stellen; ebensowenig ist pathologisch-anatomisch eine Unterscheidung zwischen dem Hirnbefund bei Eklampsie und Encephalitis haemorrhagica bei Salvarsantodesfällen möglich. Nebenbei sei bemerkt, daß auch die Glomerulonephritis der Kriegsteilnehmer und deren Folgeerscheinungen eine eingehende Beachtung bei der Salvarsantherapie erfordern.

A. Witte-Bremen.

Ein Salvarsantodesfall, von MANACK A. WADIN-Indien. (Brit. m. J., 6. Jan. 1917.) Ein 23jähriger Sepoy wurde wegen sekundärer Syphilis mit einer intravenösen Injektion von 50 cg Salvarsan behandelt. (Es wurde keine einleitende Quecksilberbehandlung instituiert, auch keine kleinen vorausgehenden Salvarsandosen gegeben. Der Ref.) Nach neun Tagen starb der Patient; er war stark ikterisch und hatte Albuminurie. Die Leberdämpfung war vergrößert. Leuzin und Tyresin wurden im Harn nicht nachgewiesen. Autopsie wurde verweigert. H. Boas-Kopenhagen.

Digitized by Google

Eigentümliche Folgen einer intramuskulären Salvarsaninjektion, von R. Polland-Graz. (W. kl. W., 1916, Nr. 42). Bei einer Frau, die schon wiederholt Salvarsaninjektionen unterworfen worden war, trat nach einer intramuskulären Injektion in den Glutäus eine Nekrose ein, die bei völligem Fehlen entzündlicher Reaktionserscheinungen und Eiterbildung eine Entwicklung nahm wie eine Mastdarmfistel.
H. Vörner-Leipzig.

Noch einmal über den sogenannten Wasserschaden in der Salvarsanbehandlung, von G. Nobl-Wien. (W. m. W., 1917, Nr. 19.) Nach den vom Verfasser angelegten Versuchsreihen ergibt sich, daß Fieber in allen Stadien der Lues und auch in allen Perioden der Latenz gelegentlich bei völlig gleichbleibender gewissenhafter Vorbereitung und Verwendung der gleichen Infusionsmethode zustande kommt. Hiernach kann der sogenannte Wasserfehler nicht die Ursache des Fiebers bilden.
H. Vörner-Leipzig.

Intravenöse Injektionen von konzentrierten Salvarsanlösungen, von B. Pontoppidan. (Ugeskrift f. Laeger, 1917, Nr. 22.) Der Verfasser empfiehlt die Fahdrsche Methode, die wie die konzentrierten Neosalvarsaninjektionen gemacht werden, nämlich Lösung in 20 ccm heißem destilliertem Wasser, Sättigung durch 15% Natronlauge. Injektion in eine Kubitalvene mittels Spritze. W. Holland-Kristiania.

Über den Enesolersatz Arsenohyrgol, von K. Skutezky-Seefeld. (W. kl. W., 1916, Nr. 42.) Der Verfasser berichtet über die Anwendung des Präparates und ihr Ergebnis; es steht anderen Quecksilberverbindungen nicht in der Wirkung nach und hinterläßt nie Infiltrate. In einigen Fällen, in denen andere Mittel, wie Hg-Salizylat, nicht vertragen wurden, gelang die Durchführung der Kur mit dem neuen Mittel.
H. Vörner-Leipzig.

Über die Verwendung des „Balnazid" von Berliner-Breslau. (B. kl. W., 1916, Nr. 42.) Verfasser hat das von Klingmüller für Hautaffektionen wie Psoriasis, Ekzem, Pyodermie, Urtikaria als Bademittel empfohlene Balnazid, zu gleichen Teilen mit gewöhnlichem Brennspiritus und Wasser vermischt, als Einstreichungsmittel bei entzündlichen Schwellungen des Gesichts, der Ohrmuscheln, Ekzem, Urtikaria, Psoriasis mit Erfolg angewendet. Sobald Ulzera vorhanden sind, ist es notwendig, die Stellen vorher mit 10%iger Kokainlösung zu anästhesieren. E. Klemm-Leipzig.

Zur Rehabilitation des Balsamum Copaivae, veranlaßt durch Bukkosperin, von Wilhelm Beckers-Köln. (Südd. Apotheker-Ztg., 1916, Nr. 53.) Verfasser hat mittels chemischer Proben festgestellt, daß der zu der Bukkosperin genannten Kombination gebrauchte Kopaivabalsam absolut rein ist. R. Frühwald-Leipzig.

Das Teerpräparat „Cadogel", von R. Polland-Graz. (M. Kl., 1916, Nr. 31.) Das Cadogel wird durch Destillation im Vakuum aus dem Oleum cadinae hergestellt, ist gelbbräunlich, leicht klebrig, nicht unangenehm riechend und in Alkohol, Benzol und Äther leicht löslich; es kommt in Tuben von 20 und 50 g in den Handel und zwar 10-, 33-, 66- und 100%ig, ist zwar nicht billig, aber im Gebrauch sparsam. Es wird mit einem Pinsel auf die Haut aufgetragen und entweder mit einem Mullfleck bedeckt, der durch Binden festgehalten wird, oder es wird mit Talcum venetum bestreut und bildet dann einen leicht zähen Überzug. Über seine Erfahrungen mit der Cadogel-Wirkung teilt der Verfasser folgendes mit: Wie fast alle Teerpräparate hat sich Cadogel bei chronischen Ekzemen mit Hautverdickung gut bewährt; aber auch bei frischen Ekzemen mit geröteter und nässender Haut ist es in vielen Fällen mit Erfolg da angewendet worden, wo man andere Teerpräparate nicht anzuwenden gewagt hätte. Man beginnt in solchen Fällen mit dem 10%igen Cadogel und kann, wenn es gut vertragen wird, bis zur 33- und 66%igen Lösung steigern. Das Cadogel in geringerer oder überhaupt anderer Konzentration als den Originallösungen, etwa in Salben- oder Pastenform anzuwenden, widerrät der Verfasser entschieden, da die guten Eigenschaften des Teerkolloids am besten in den Originallösungen zur Wirkung kommen. Die neuerdings in den Handel gebrachte Cadogelseife hat sich dem Verfasser als sehr gutes Mittel gegen Skabies erwiesen, besonders kombiniert mit Sulfur; doch ist die Seife sehr teuer und wird wohl kaum in der jetzigen Zeit noch hergestellt werden können. Der Verfasser ordiniert: Flor. sulf. 50,0, Cadogelseife, Vaseline 100,0 als Antiskabiosum. O. Lasch-Breslau.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

8. Juni 1918 | Nr. 23 | Band 66

Aus dem Marine-Lazarett Hamburg (Chefarzt: Marine-Generalarzt Dr. Meyer).

Ein Beitrag zur Diathermiebehandlung der Gonorrhoe.

Von

Dr. Antoni,

Marine-Oberassistenzarzt d. R. und ordinierender Arzt der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten, sonst Abteilungsarzt der Universitäts-Hautklinik Heidelberg (Prof. Bettmann).

(Mit 2 Abbildungen.)

Da nach Laboratoriumsversuchen [1]) die Gonokokken durch eine Erwärmung von 45° in 37 Minuten abgetötet werden, so müßte in der Theorie die Gonorrhoe durch eine einzige solche Diathermiesitzung geheilt werden. Die Praxis hat gezeigt, daß dies nicht der Fall ist. H. Schmidt [2]) und W. Müller [3]) sind auch von dem Glauben abgekommen, daß die in der Harnröhre lebenden Gonokokken durch die oben erwähnte Temperaturerhöhung abgetötet werden und sprechen lediglich von einer Ausschwemmung, einer Schädigung und einer Abschwächung der Virulenz der Gonokokken. Als hauptsächlichen Heilfaktor sehen sie die Hyperämie und die dadurch hervorgerufene stärkere Ausschwemmung an. Daß die Abtötung der Gonokokken in der Kultur durch Hitze der Abtötung der Gonokokken in der Harnröhre nicht gleichzustellen ist, dürfte ohne weiteres einleuchten, wenn man daran denkt, wie schwierig es ist, einen Gonokokkenstamm fortzuzüchten, und wie hartnäckig die Lebensfähigkeit der jeder Behandlung trotzenden Gonokokken in der Harnröhre ist.

Es gelingt nicht, durch Diathermie allein in einigen wenigen Sitzungen bei akuter Gonorrhoe die Gonokokken zu beseitigen. Bei dem von Schmidt angeführten Fall, der nach einer einzigen Diathermiesitzung bei 50° geheilt wurde, handelt es sich, wie auch Schmidt zugibt, um eine Verbrennung zweiten Grades. W. Müller behauptet, Fälle lediglich mit Diathermie, wenn auch erst nach 41 und 42 Tagen, geheilt zu haben.

Für die Enttäuschung, die uns die Diathermiebehandlung bei der akuten Gonorrhoe bereitet, sind meines Erachtens folgende Gründe maßgebend.

Der erste Grund ist in dem Temperaturunterschied in den einzelnen Teilen der Harnröhre zu suchen. W. Müller stellte fest, daß die

[1]) Dr. Carlos Santos (fils), Lisbonne, Archiv d'électricité méd., März 1913, Nr. 354. — [2]) Technik und Erfolge der Diathermie bei der männlichen Gonorrhoe und ihren Komplikationen. Strahlentherap., 1916, Bd. 7. — [3]) W. Müller, Diathermie der männlichen Gonorrhoe und ihrer Folgezustände. Derm. W., 1917, Bd. 65.

Digitized by Google

Temperatur der vorderen Harnröhre bei nicht Fiebernden 28,2°, die der Pars membranacea 32,6°, die der Pars prostatica 36,5° beträgt. Bei einer gleichmäßigen Erwärmung der Harnröhre auf 45° erhalten demnach die Gonokokken in der vorderen Harnröhre 17° Temperaturerhöhung, die der Pars prostatica nur 8,5°. Ob diese Erhöhung von 8,5° imstande ist, die Gonokokken abzutöten, ist zunächst noch sehr zu bezweifeln, wenigstens gelingt es nicht in einer Sitzung. Eine Erhöhung der Harnröhrentemperatur über 45° darf man dem Gewebe ohne Schädigung des Protoplasmas nicht zumuten, handelt es sich doch hier nicht um Kontaktwärme, sondern um eine richtige Thermopenetration.

In zweiter Linie müssen wir uns die Frage stellen, wie weit sich die Gonokokken in der Harnröhre bei fortgesetzter Diathermiebehandlung der Wärme anpassen können. Die refraktären Fälle, bei denen es uns trotz monatelangen Diathermiesitzungen nicht gelang, die Gonokokken zu beseitigen, sind vielleicht durch die Wärmeanpassungsfähigkeit einiger Stämme zu erklären.

Der dritte Grund für das Fehlschlagen der Diathermie bei der akuten Gonorrhoe ist in technischen Schwierigkeiten zu suchen.

Versuche, die ich 1913 mit der sogenannten elektrischen Heizsonde in der Heidelberger Hautklinik vornahm, hatten mir gezeigt, daß es sehr gut möglich ist, durch Kontaktwärme gonorrhoische Infiltrate zum Aufplatzen zu bringen. Zwei Faktoren spielen dabei eine Rolle, ein mechanischer durch Spannung der Schleimhaut, ein anderer beruht auf der durch die Kontaktwärme hervorgerufenen Hyperämie. Eine Provokation von Gonokokken bei scheinbar geheilten Fällen war mit dieser Methode gut möglich. Versuche anderer Autoren mit diesen Heizsonden haben gleiches Resultat erzielt[1]). Durch die Diathermie läßt sich ebenfalls recht gut eine Provokation der Gonokokken erreichen. Dem Muster der Heizsonde entsprechend war auf unserer Diathermieabteilung zunächst eine Innenelektrode in Form eines Metallbougies mit Dittelscher Krümmung im Gebrauch, so wie sie H. Schmidt in seiner Arbeit angegeben hat. Wir sind von dieser Methode der Durchwärmung bei akuter Gonorrhoe abgekommen, weil Komplikationen in Gestalt von dorsaler Lymphstrangentzündung und Schwellung der suprasymphysären Leistendrüsen auftraten, wie man sie bei gonorrhoischer Lymphangitis zu sehen gewohnt ist. Außerdem sah ich, durch endoskopische Kontrolle häufiger, viele kleine Infiltrate, die meines Erachtens, im Gegensatz zur Anschauung von Schmidt, durch Hineinpressen von gonokokkenhaltigem Eiter in die Schleimhautdrüsen bei Einführen der Innenelektrode zustande kamen, und die den Anlaß zu den oben erwähnten Komplikationen bildeten. Abgesehen von dem Unbehagen, das dem Urologen die Anwendung eines derartigen Instrumentes bei akuter Gonorrhoe verursacht, ist diese Methode auch nicht ganz ungefährlich, da man sich immer vor einer Verbrennung in acht nehmen muß. Die bougieartige Innenelektrode entspricht in ihrem Quadratinhalt nicht den anderen Elektroden, und infolgedessen ist die Hitzeentwicklung an der Innenelektrode naturgemäß am größten. Obendrein ist noch der durch die pathologisch-anatomischen

[1]) Rost, M. m. W., 1917, Nr. 41.

Digitized by Google

Veränderungen des Gewebes — hier die entzündliche Infiltration — hervorgerufene Unterschied in der Stromdichte zu berücksichtigen. Die Stromdichte ist dort am größten, wo der Strom am meisten Widerstand findet. H. SCHMIDT nennt hier die Diathermie „elektiv". Eine gute Bezeichnung, die beibehalten zu werden verdient bei der Durchwärmung von Infiltraten, wo man gerade diese elektive Wirkung nötig hat. Nach dem vorher Erwähnten ist also mit dieser Methode eine absolut einwandfreie, gleichmäßige Durchwärmung der Harnröhre nicht zu erzielen, und wir sind deshalb zu einer anderen Schaltung mit Ausfall der Innenelektrode übergegangen, wo laut Messung eine gleichmäßige Temperatur in allen Teilen der Harnröhre garantiert ist.

Welche Erfolge wir mit dieser MÜLLERschen Schaltung (Fig. 1) bei akuter Gonorrhoe haben werden, läßt sich zunächst noch nicht beurteilen. Das eine läßt sich sagen, schädliche Nebenwirkungen und Auftreten von Komplikationen haben wir bei dieser Art der Durchwärmung nicht gesehen.

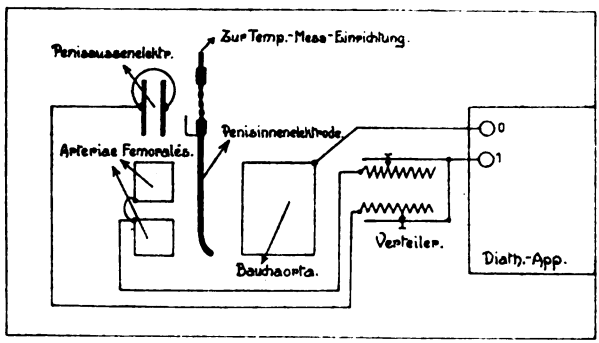


Fig. 1.

Worin besteht nun die Wirkung der Diathermie bei dieser Art der Schaltung?

Der anfangs vorhandene starke eitrige Ausfluß wird dünn und wäßrig, die Urine werden ziemlich schnell klar. Im mikroskopischen Bilde lassen sich selbst nach 30 Diathermiesitzungen von täglich $^1/_2$ stündiger Dauer noch massenhaft Gonokokken intra- und extrazellulär nachweisen. Man hat sogar den Eindruck, daß die Gonokokken an Zahl und Menge bedeutend zugenommen haben. Was ihre Lagerung anlangt, so sieht man mehr periepithelial gelegene Gonokokken als zu gleicher Zeit bei anderer Behandlung.

Im endoskopischen Bilde läßt sich die stärkere Sekretion nach einer Diathermiesitzung deutlich wahrnehmen. Die Mündungen der LITTRÉschen Drüsen klaffen weit und sezernieren stark. Ob das lange Vorhandensein der Gonokokken im Sinne einer Ausschwemmung zu deuten ist, wage ich zunächst nicht zu entscheiden. Die so vorbehandelten Fälle werden jedenfalls trotz der Unmenge Gonokokken bei Anwendung von chemischen Mitteln sofort negativ.

Digitized by Google

An dieser Stelle möchte ich auf eine Anregung MENZERS hinweisen[1]), der auch weniger Wert darauf legt, die Gonokokken durch chemische Mittel möglichst schnell zu beseitigen, sondern der durch aktive Hyperämie eine dauernde Ausschwemmung erzielen will. Ob die früh einsetzende Silbertherapie, die seit Jahren das Bild der Gonorrhoebehandlung beherrscht, zu Recht besteht, ist fraglich, und die Forderung einer restlosen Ausheilung durch anhaltende Hyperämie (sei sie nun durch Vakzine oder durch Diathermie hervorgerufen) im Sinne einer Ausscheidung der Gonokokken ist sehr zu begrüßen. Daß diese Art der Ausheilung möglich ist, zeigt MENZER durch seinen Hinweis auf die Vakzinebehandlung der Vulvovaginitis kleiner Mädchen, wo er, wenn auch erst nach längerer Zeit, restlose Ausheilung erzielt hat. Ebenso erzielte Mar.-Ob.-Ass. KUNSTMANN (Marine-Laz. D. O. S. Wilhelmshaven) lediglich durch Einspritzung von Gonotropin in drei Fällen nach 10—12 Wochen mit 22 bis 26 Einspritzungen einwandfreie Heilung.

Bei der Vakzineeinspritzung tritt auch zunächst ein vermehrter Ausfluß auf, und gleichzeitig macht sich eine vermehrte Ausscheidung von Gonokokken bemerkbar. Dieses Bild wiederholt sich bei jeder Vakzineeinspritzung, um nach und nach immer geringer zu werden. Ob in dem vermehrten Auftreten von Gonokokken nach der Diathermie eine Parallele mit der Herdreaktion nach Vakzine zu erblicken ist, ist noch nicht bewiesen. Jedenfalls gibt die Vermehrung nach der Diathermie, die auch einen Höhepunkt zu haben scheint, zu denken, vor allen Dingen bei Berücksichtigung der späteren schnellen Beseitigung der Gonokokken durch chemische Mittel.

Wenn die bei der Diathermie auftretende Vermehrung der Gonokokken, als durch geeignete Bruttemperatur herbeigeführt, zu deuten wäre, so würden sie nachher nicht so schnell und sicher durch chemische Mittel beseitigt werden.

Der ausschlaggebende Faktor der Diathermiebehandlung ist meines Erachtens nach die durch die Erwärmung hervorgerufene Hyperämie, und nicht die direkte Wärmeeinwirkung auf die Gonokokken. Gelingt es uns, den Heilungsvorgang, wie er sich bei dieser künstlichen Hyperämie abspielt, aufzuklären, oder gelingt es uns, zu beweisen, daß diese Hyperämie nur eine Unterstützung der physiologischen Abwehrreaktion des Körpers ist, so sind wir vielleicht in der Lage, Licht in das Dunkel zu bringen, das jetzt noch über den Heilungsvorgängen im menschlichen Körper schwebt.

Die anfängliche entzündliche Reaktion des Körpers auf das eindringende Trippergift und die starke Eiterung in den ersten Tagen nach der Ansteckung sind doch auch nichts weiter als Abwehrvorrichtungen des Körpers. Ist nun die Vakzinewirkung und die Diathermie ein gleicher Vorgang? Beweisen läßt sich das nur durch Untersuchung des gonorrhoischen Eiters, und ich verweise hier wieder auf die in meiner Arbeit[2]) gemachten Andeutungen aus der Arbeit ULLRICH[3]) über die

---

[1]) Über Gonorrhoeheilung. M. m. W., 1917, Nr. 46. — [2]) Ein Beitrag zur Vakzinebehandlung der Gonorrhoe. Derm. W., 1917, Bd. 65. — [3]) ULLRICH, Zytologische Befunde bei Gonorrhoikern. Inaugural-Dissertation, Heidelberg 1915.

Digitized by Google

wechselweise auftretende Eosinophilie im gonorrhoischen Eiter unter besonderer Berücksichtigung der Vakzinebehandlung.

So weit sind unsere Erfahrungen bis jetzt bei der akuten Gonorrhoe zu übersehen. Eine Beschleunigung der Heilung wäre meines Erachtens dadurch zu erzielen, daß man nach Diathermievorbehandlung zu chemischen Mitteln greift. Zu welchem Zeitpunkt die chemische Behandlung einsetzen muß, kann ich noch nicht sagen, da meine Untersuchungen hierüber noch nicht abgeschlossen sind. Müller Pyrmont hat auch in seiner Arbeit öfter auf die kombinierte Behandlung hingewiesen und hat mit dieser Methode (Höllenstein-Antrophore) seine guten Erfolge erziehlt.

Den noch nicht abgeschlossenen Erfahrungen bei der akuten Gonorrhoe, wo sich vielleicht in absehbarer Zeit durch Verbesserung der Methoden bessere Resultate erzielen lassen, stehen zweifellose Erfolge bei der chronischen Gonorrhoe und bei Komplikationen gegenüber. Ich will zunächst auf die Behandlung der Infiltrate eingehen. Viele Infiltrate in verschiedenen Tiefen der Harnröhre lassen sich gut durch eingeschaltete Innenelektrode zum Aufplatzen oder sogar zur Resorption bringen. Man erzielt also eine Ausschwemmung der Gonokokken aus abgekapselten Herden und macht sie der chemischen Behandlung zugänglich. Ich verweise hier auf die Parallele der Vakzinebehandlung. Ob die Provokation durch Diathermie oder durch Vakzine sicherer zu erzielen ist, vermag ich noch nicht zu sagen, hatte ich doch bei der Vakzinebehandlung auch selten Fehlschläge. Ein einzelnes Infiltrat läßt sich sehr gut durch eine Diathermieelektrode nach Art der kalten Kaustik unter endoskopischer Kontrolle zerstören. Vor dem Platinbrenner hat die Müllersche Nadel (Fig. 2) den Vorteil, daß man die kalte Nadel erst in das Infiltrat einstecken kann ohne zu zerstören, und dann erst den Koagulationsstrom einschaltet. Man kann also in der Tiefe zerstören, ohne die Oberfläche zu schädigen. Bei der Hauttherapie ist dies in Hinsicht auf bessere Narbenbildung von großem Nutzen.

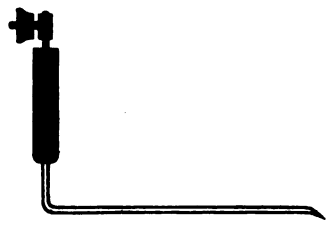


Fig. 2.

Hervorragendes leistet die Diathermie dort, wo es sich um Resorption von entzündlichen Prozessen handelt, vor allen Dingen bei Prostataentzündungen. Schwellungen der Prostata lassen sich durch die Prostataelektrode in verhältnismäßig kurzer Zeit beseitigen. Man könnte hier von einer verbesserten Arzberger-Behandlung sprechen. Daß mit der Beseitigung der Prostataentzündungen die Gonorrhoe noch nicht geheilt ist, brauche ich hier wohl nicht weiter auseinanderzusetzen. Ganz ähnlich wie bei Entzündungen der Prostata sind die Erfolge bei Erkrankungen der Samenblasen.

Gutes leistet die Diathermie auch bei den akuten und chronischen Nebenhodenentzündungen. Bei den äußerst schmerzhaften Nebenhodenentzündungen mit Beteiligung des Samenstranges und peritonitischer Reizung, wo man sich scheut, wegen der Stärke der Reaktion und einer nicht angebrachten Propagation in Gestalt eines Abszesses die Arthigon-

Digitized by Google

behandlung sofort anzuwenden, bringt eine einmalige Diathermiesitzung von einer viertel Stunde Dauer mit der Hodenklemmvorrichtung Müllers eine wesentliche Milderung der Schmerzen und Rückgang der akut entzündlichen Erscheinungen. So wird also auch hier eine Beschleunigung der Heilung herbeigeführt, weil man vorher nicht geeignete Kranke schnell der Vakzinebehandlung zugängig macht.

Bei gonorrhoischen Gelenkerkrankungen leistet die Diathermie auch wesentliche Unterstützung, die vor allen Dingen in der schnellen Beseitigung der äußerst heftigen Schmerzen besteht, so daß dem Erkrankten die Möglichkeit gegeben wird, früher als sonst sein erkranktes Gelenk zu bewegen, ein nicht zu unterschätzender Heilfaktor. Einige Fälle von chronischen Gelenkerkrankungen, die mit Arthigon behandelt, gebessert, nach einiger Zeit der Vakzine gegenüber in einen refraktären Zustand kamen, wurden durch mehrere Diathermiesitzungen der Arthigonbehandlung wieder zugängig gemacht und kamen zur endgültigen Heilung.

Zusammenfassung.

1. Die Diathermiebehandlung der Gonorrhoe ist eine wesentliche Unterstützung unserer jetzigen Behandlungsmethoden. Voraussetzung ist genaue Indikationsstellung und richtige Beherrschung der Technik.

2. Eine Wirkung der Diathermie auch bei akuter Gonorrhoe ist zweifellos vorhanden, läßt sich aber noch nicht abschließend beurteilen. Sie beruht auf der durch die gleichmäßige Erwärmung hervorgerufenen Hyperämie.

3. Eine beschleunigte Heilung des chronischen Harnröhrenkatarrhs wird durch Zuhilfenahme der Diathermie erzielt. Auch bei Tripperkomplikationen bildet die Diathermiebehandlung ein wesentliches Unterstützungsmoment.

Leukogen (Höchst), ein Spezifikum gegen Sycosis parasitaria profunda, und weitere Erfahrungen über Leukogen[1]).

Von

Dr. Heinrich Loeb,

Chefarzt der dermatolog. Abteilung am Allgem. Krankenhaus Mannheim.

(Schluß.)

Wie ist nun diese überraschende Heilung zu erklären?

Von den Vakzinen ist anzunehmen, daß sie eine spezifische Wirkung nur auf die Elemente gleicher oder nahestehender Gattung entfalten. Die Höchster Farbwerke bestätigen mir ausdrücklich, daß in dem übersandten Leukogen nur Staphylococc. aureus, albus und citreus enthalten waren, auf keinen Fall Trichophytonkeime. Auf der anderen Seite galt

[1]) Vorgetragen in der Gesellsch. d. Ärzte in Mannheim am 4. II. 1918.

Digitized by Google

als feststehend, daß die Sykosis ausschließlich bedingt sei durch Trichophyton tonsurans. Im Barthaare und in den Schuppen ist dieser Pilz im Anfangsstadium stets und leicht nachweisbar; in den Sykosisknoten und dem Eiter oft schwer, meist nur durch Kultur aufzufinden, aber doch mit einer genügenden Häufigkeit, um ihn als Erreger der Sykosis anzusehen. So schreibt z. B. von den neueren Autoren Jesioneck (im Lehrbuch von Riecke): Jedenfalls muß daran festgehalten werden, daß ein und derselbe Pilz einmal oberflächliche Hyperämie und geringwertige Exsudation, das andere Mal schwere Eiterung und Abszedierung auslösen kann, und daß die Eiterung der profunden Form einzig und allein auf den Trichophytonpilz selbst, nicht etwa auf zufällig gleichzeitig vorhandene Eiterkokken zurückzuführen ist. Er fügt hinzu: Wohl kann eine sekundäre Kokkeninfektion dem trichophytären Infiltrate sich zugesellen; das primäre Moment ist die Infektion mit Trichophytonpilzen.

Ferner hatte Ullmann[1]) in acht Fällen von Sykosis fünfmal Trichophyton in Reinkultur festgestellt, dreimal in Mischinfektion mit Eitererreger; Unna[1]) fand im Höhestadium einer knotigen Form: Hyphen und Pilzelemente auf der Oberfläche verschwunden; die Pilze des Haarbalges in abgerundete oder eckige Oidien zerfallen, zum Teil noch in Reihen angeordet, mit Kokken untermischt. — Von Sabrazes und Brenguer[1]) wurde festgestellt, daß bei den miterkrankten Drüsen der Sykosis nur gewöhnliche Eitererreger und keine Trichophytonpilze gefunden werden.

Es ist also aus der Literatur der Nachweis zu führen, daß bei der Sykosis neben dem Trichophytonpilz, der als zweifellos primäre Krankheitsursache zu betrachten ist, sekundär Staphylokokkeninfektion in Erscheinung tritt. Wenn wir den umstimmenden Einfluß sehen, den die Staphylokokkenvakzine auf das Krankheitsbild der Sykosis ausübt, und der Überlegung Platz geben, daß diese Wirkung nur hervorgerufen werden kann durch Einwirkung auf die Staphylokokken und nicht auf die Trichophytonelemente, so muß im Gegensatz zur bisherigen Auffassung gewissermaßen ex juvantibus angenommen werden, daß der Staphylokokkeninfektion eine Hauptrolle in der Entstehung der Sykosis zufällt, und daß das Krankheitsbild der Sykosis zu betrachten ist als eine in die Tiefe schreitende Trichophytie, zu der sich eine Staphylokokkeninfektion hinzugesellt. Das Zusammenwirken des Trichophyton tonsurans mit Staphylokokken erzeugt die Sykosis. Die Behandlung mit Staphylokokkenvakzine ist demgemäß als eine rein spezifische zu betrachten, die sich gegen die eine Komponente der Erkrankung, gegen die Staphylokokkeninfektion, richtet.

Was geschieht nun, wenn die Staphylokokkeninfektion durch Leukogen ausgeschaltet ist, mit den zurückbleibenden Trichophytonpilzen? Ist nicht ein Aufflackern der Trichophytie zu erwarten? Bloch hat darauf hingewiesen, daß gerade bei den hochgradigsten, zu förmlichen Tumoren führenden trichophytischen Prozessen es oft am schwierigsten ist, die Erreger zu finden, und daß sie dann nicht im pathologisch veränderten Gewebe, sondern in dem am eigentlichen Krankheitsprozesse nur passiv

[1]) Nach Plaut in Mračeк. Handbuch der Hautkrankheiten.

Digitized by Google

beteiligten Haare zu suchen sind. Dies beruht auf der allergischen und immunisierenden Umstimmung, welche am stärksten auftritt am Orte der intensivsten Entzündung. Darauf führt er es auch zurück, daß die klinisch intensiv auftretende Form von Sykosis die bessere therapeutische Prognose gibt und sicherer und vollständiger heilt als die oberflächlicheren Prozesse (die ich in der eingangs getroffenen Schematisierung als Trichophytia infiltrans bezeichnet habe). Während also durch die intensiven reaktiven Entzündungserscheinungen unter dem Einflusse immunisierender Umstimmung die Trichophytonpilze getötet oder so abgeschwächt sind, daß sie sich nicht weiter entwickeln, wird die Staphylokokkeninfektion durch die Vakzination beseitigt, und die Erkrankung gelangt zur raschen Heilung, wie wir an den vorgestellten Fällen zeigen konnten. Noch erfolgreicher, auch für die oberflächlichen Formen, dürfte die Therapie sich gestalten, wenn Leukogen mit Trichophytin kombiniert angewandt wird. Versuche dieser Art sind unter Benutzung eines gleichfalls von den Höchster Farbwerken hergestellten Trichophytins z. Z. im Gange und nach den bisherigen Erfahrungen sehr aussichtsreich.

Es bleibt noch die Möglichkeit offen, daß Leukogen auf den primären Herpes tonsurans, bei dem eine Infektion mit Staphylokokken noch nicht eingetreten und nur Trichophytonpilze vorhanden sind, gleichfalls heilend einwirken könnte. Es wurden daher einem Patienten mit einem etwa acht Tage alten markstückgroßen unkomplizierten Herpes tonsurans acht intramuskuläre Injektionen Leukogen von 10 bis 650 Millionen Staphylokokken ohne jede weitere Behandlung verabfolgt. Dabei war die Effloreszenz flacher geworden und schien zeitweise verschwinden zu wollen; schließlich bestand sie ungeheilt weiter[1]). Dagegen konnte ich bei zwei Fällen von Trichophytia superfic. dissemin. (Herpes maculosus) beobachten, daß der eine Fall nach fünf Leukogeneinspritzungen restlos abheilte; der zweite Fall nach acht Injektionen zunächst gebessert war und im Anschluß daran ohne jede weitere Behandlung zur Heilung gelangte. Allerdings ist diese Form der Trichophytie so leichter Natur, daß sie auch spontan in einigen Wochen verschwinden kann, so daß die Frage ungeklärt bleibt, ob hier eine therapeutische oder spontane Heilung vorliegt. — Ein Fall von Ekzema marginatum, der mehrere Wochen bestanden hatte, wurde durch sechs intramuskuläre Injektionen gebessert, durch drei weitere intravenöse Einspritzungen zum Verschwinden gebracht mit Zurücklassung schwacher Pigmentierung.

Ich habe darauf geachtet, ob an der Einverleibungsstelle eine lokale spezifische Reaktion auftritt. Bei Ritzung der Haut mit nachträglicher Einreibung von Leukogen, ebenso wie bei intrakutaner Injektion konnte ich keine oder nur schwache Reaktion sehen. Dagegen trat bei allen Patienten an der Stelle der subkutanen Injektion ein verschieden starke ovale, 3—6 cm lange, 2—5 cm breite teigige Schwellung mit Rötung und mäßiger Empfindlichkeit auf, welche 12—24 Stunden nach der

[1]) Nachtrag bei der Korrektur: Inzwischen gelangte ein seit zwei Monaten bestehender Herpes tonsurans am Halse bei einer ins Krankenhaus eingewiesenen Patientin mit acht Leukogeninjektionen (von 40—250 Mill., insgesamt 1290 Mill. Staphylokokken) bei Ausschluß jeder anderweitigen Behandlung zur restlosen Heilung, welche nach weiteren vier Wochen noch festgestellt werden konnte.

Digitized by Google

Injektion einsetzte, nach etwa 12 Stunden den Höhepunkt erreichte, um nach weiteren 12 Stunden gänzlich zu verschwinden. Mit zunehmender Staphylokokkenzahl nahm die Intensität der Reaktion zu; die häufigere Wiederholung führte weder zu einer Steigerung noch zu einer Abschwächung. Da auch bei trichophytiefreien Personen diese lokale Reaktion eintrat, kommt ihr eine spezifische oder diagnostische Bedeutung nicht zu. Vielmehr ist anzunehmen, daß bei der Ubiquität der Staphylokokken bei jedem die Reaktion zu erwarten ist. Die mit Stammlösung der Vakzine (halbprozentige Phenolkochsalzlösung) ausgeführten Kontrollinjektionen blieben in allen Fällen reaktionslos.

Herdreaktionen wurden an den erkrankten Partien häufiger festgestellt; sie äußerten sich nach der zweiten bis vierten Injektion in einer sukkulenten Schwellung der Knoten, die teilweise mit einer raschen Vereiterung einherging. Die Erscheinung trat jedoch nicht regelmäßig auf.

Eine gegen Trichophytie immunisierende Wirkung kommt dem Leukogen nicht zu. Wir sehen in Fall 13 während der Behandlung neue Herde, in Fall 16 nach scheinbarer Heilung Rezidiv und neue Herde von Trichophyt. superfic. auftreten.

Die therapeutischen Injektionen wurden intramuskulär, subkutan, versuchsweise ohne Schaden auch intravenös ausgeführt.

Der therapeutische Erfolg ist nach meinem Eindruck am ergiebigsten bei den intramuskulären Injektionen. Nur in dem oben angeführten Falle von Ekzema marginatum, bei dem mit zehn intramuskulären Injektionen die Besserung langsam fortschritt, wurde mit drei intravenösen Einspritzungen ein rasches Verschwinden erreicht.

Die Behandlung wurde in sämtlichen Fällen ambulant durchgeführt.

Mit der Dosierung beginne ich mit 25—50 Millionen, wöchentlich zweimal, steigernd je um 30—50 Millionen. Von großer Steigerung, 100 bis 200 Millionen, habe ich keine besseren Erfolge beobachtet. Abgesehen von Fiebererscheinungen zu Beginn der Behandlung, die ich auffallenderweise am stärksten bei den zuerst beobachtenden Fällen gesehen habe, trat keine ernstere Beeinträchtigung der Patienten ein. Mehrere gaben sogar an, daß sie im Anschluß an die Behandlung sich wohler und leistungsfähiger fühlten als in den Monaten vor ihrer Erkrankung. Dagegen beobachtete ich bei etwa sechs Fällen das Auftreten einer Bronchitis, die länger anhielt und von der ich nicht mit Bestimmtheit ausschließen kann, daß sie durch Mobilisierung alter Staphylokokkenherde unter dem Einfluß der Vakzination aufgetreten ist. Allerdings war auch die Witterung und Jahreszeit (Herbst und Winter) zu solchen Katarrhen disponierend. Bei einem Patienten, der wegen Follikulitis und Furunkulose des Rückens behandelt wurde, trat nach drei muskulären Injektionen von 20, 25 und 50 Millionen eine Iritis auf, von der Prof. Wagemann annimmt, daß sie mit der Injektion in Zusammenhang stehe. Im Gegensatz dazu wurde eine akzidentelle Konjunktivitis (bei impetiginösem Ekzem) und eine oberflächliche Keratitis nach ophthalmologischem Gutachten auffallend günstig beeinflußt.

Bei der Häufigkeit der durch Staphylokokken verursachten Hautkrankheiten war zu erwarten, daß auch weitere Dermatosen günstige Objekte für Leukogenbehandlung abgeben werden. Ich erzielte auch

Digitized by Google

auffallend gute Resultate bei Furunkulose des Nackens und Körpers, wofür zwei Beispiele:

Patient R., 60 Jahre alt. Seit sieben Wochen fortgesetzt Furunkel und follikuläre Abszesse im Nacken; jetzt die ganze linke hintere Hälfte des Halses von handtellergroßen, flächenförmig ausgebreiteten, höckerigen Infiltraten und Abszessen bedeckt.

17. XII. 1917. 1. Leukogeninjektion, 15 Mill. muskulär.

28. XII. Wesentlich gebessert und geschrumpft. 4. Injektion, 25 Mill.

4. I. 1918. 6. Injektion, 150 Mill., nahezu geheilt.

21. I. völlig geheilt seit 14. Tagen; insgesamt 8 Injektionen mit 850 Mill.

Fall A: Furunkulose des Nackens, seit sieben Wochen behandelt mit Pflastern, Histopinsalbe, Hefe, Kauterisierung usw.; der ganze Nacken besetzt von Narben, neuen Infiltraten und Furunkeln.

Vom 18. I. bis 28. II. 1918. 4 subkutane Injektionen von zusammen 700 Mill. Leukogen; Besserung. Dann 8 intramuskuläre Injektionen mit fortschreitender Besserung und schließlicher Heilung.

Geheilt wurden ferner zwei Fälle von lange bestehender, stets rezidivierender Follikulitis des Gesichts; Impetigo und impetiginöses Ekzem heilte auffallend rasch. Sycosis coccogenes reagiert langsamer, bedarf längerer Behandlung und größerer Dosen; von vier Fällen wurden zwei geheilt, einer gebessert, einer steht noch in Behandlung. Beachtenswert war der Erfolg bei einer an Erythema multiforme bullosum (Iris) erkrankten Patientin, welche, mit eigroßen Blasen an Handrücken und Vorderarmen, kleineren Blasen an Brust, Bauch, Lippen und Mundschleimhaut im Krankenhause aufgenommen, nach der ersten Leukogeninjektion absolut frei blieb von jeder weiteren Blasenbildung und nach kurzer Zeit geheilt entlassen werden konnte. Auch chronisches Ekzem wurde günstig beeinflußt, ebenso ein Fall von heftigem Prurigo, bei dem Jucken, die ekzematisierten Herde und vor allem die vergrößerten Drüsen sich rückbildeten.

Bei einer weiteren Patientin gelangte eine verkäsende skrofulöse Drüse am Halse zur restlosen Resorption, während ein Kind mit ausgedehntem Skrophuloderma der Ellenbogen bei gleichzeitiger Pyrogallolbehandlung unter wiederholter mäßiger Temperatursteigerung auffallend günstig beeinflußt wurde.

Wenn diese vereinzelten Fälle ein abschließendes Urteil nicht gestatten, so ist der Verlauf doch derartig, daß er zur Fortsetzung der Versuche ermutigen kann.

Sehr beachtenswert sind die Erfolge, die ich bei mehreren Harnröhrenerkrankungen beobachtet habe.

Fall 1. R. A. Gonorrhoe vor 8, Rezidiv vor 5 Jahren; langdauernde Behandlung.

20. II. 1917. Koitus vor 14 Tagen nach längerem Intervall. Seit zwei Tagen Urethralsekret: Leukozyten, Kokken, keine Gonokokken.; Prostata etwas vergrößert. Sonde 27 leicht durchführbar. Injektion mit Kal. permang.; Heilung.

15. IX. Rezidiv nach forciertem Koitus; Kal. permang.

5. XI. Wieder vermehrtes Sekret nach Koitus: Staphylokokken, keine Gonokokken. 1. Leukogeninjektion, 10 Mill. intramuskulär; keine lokale Reaktion.

8. XI. 2. Injektion, 25 Mill. Urethralsekret stark vermehrt.

11. XI. 3. Injektion, 80 Mill. Sekret weniger, dünner.

17. XI. 5. Injektion, 250 Mill.

20. XI. Starke Bronchitis, Abendtemperatur 38,5.

29. XI. Urethralsekret nahezu völlig geschwunden, ein kleiner Schleimfaden enthält vereinzelte Leukozyten, Spermatozoen, keine Gonokokken.

4. II. 1918. Andauernd sekretfrei, trotz wiederholtem Koitus.

10. III. Bisher dauernd geheilt.

Digitized by Google

Fall 2. D. E. Patient stand von August bis Anfang Dezember 1917 anderwärts in spezialärztlicher Behandlung (mit Janetschen Spülungen) wegen einer im April 1917 aufgetretenen Urethritis catarrhalis — nie Gonorrhoe.

3. I. 1918. Urethralsekret enthält Leukozyten, Kokken, keine Gonokokken. 1. Leukogeninjektion, 20 Mill. subkutan; Schwellung an der Injektionsstelle.

14. I. 150 Mill., subkutan; Akne und Seborrhoe des Gesichts gebessert.

24. I. 7. Injektion, 300 Mill. intramuskulär; Ausfluß wesentlich vermindert.

16. II. 11. Injektion, 400 Mill. Seit längerer Zeit kein Frühsekret mehr. 1. Urin absolut klar.

20. II. Dauernd sekretfrei, geheilt. Insgesamt 12 Injektionen mit 2400 Mill.

12. III. 1918. Minimales Sekret.

Fall 3: F. W. 1912, langdauernde Gonorrhoe, 1916 Druck in der Blasengegend mit Urindrang; späterhin Schmerz in der rechten Nierengegend, der zeitweise verstärkt auftrat; damals Uretherenurin rechts: Spur Opaleszenz bei Salic. sulf. Säure, vereinzelte Zylinder und Leukozyten; keine Tuberkulose.

Februar 1917: vermehrtes Urethralsekret, enthaltend Leukozyten, Bazillen und Kokken verschiedenster Art.

April 1917 nehmen die Schmerzen in der rechten Niere anfallsweise zu. Druckempfindlichkeit der rechten Nierengegend. Bei steigendem Nierenschmerz ist auch das Urethralsekret jeweils verstärkt. Zystoskopisch normaler Befund, Urin: keine Tuberkulose, kulturell lange Streptokokken und Staphylokokken; Tierversuch negativ; Pirquet positiv; Wasser und Konzentrationsversuch gut. Patient magert fortgesetzt ab.

Janetsche Spülungen, wodurch das Urethralsekret vorübergehend vermindert, der Nierenschmerz nicht beeinträchtigt wird. Späterhin wurde Erweiterung des rechten Nierenbeckens diagnostiziert und mit Kollargolinjektionen ohne Erfolg behandelt.

9. Januar 1918. Urethralsekret enthält Leukozyten, Kokken und Bazillen. Harnröhre leicht durchgängig für Sonde 27. Kein Infiltrat, Prostata und Prostatasekret normal. Urin klar, kein Albumen, Nierenschmerz besteht gesteigert fort.

5. I. 1918. 1. Leukogeninjektion, 15 Mill., reaktionslos. Keine sonstige Behandlung.

15. I. 4. Leukogeninjektion, 100 Mill.; Urethralsekret etwas vermehrt, aber dünnflüssiger.

12. II. 10. Leukogeninjektion, 450 Mill. Kein Urethralsekret mehr; Nierenschmerz und Druckempfindlichkeit völlig gehoben; subjektives Befinden sehr gebessert; Gewichtszunahme.

7. III. 14. Injektion, 1000 Mill.; nach Pollution vorübergehend etwas Urethralsekret, sonst dauernd Wohlbefinden.

Zusammenfassung: Es wurden neben weiteren noch nicht abgeschlossenen Harnröhrenerkrankungen mehrere gegenüber der früheren Behandlung resistente Fälle durch Leukogen zur raschen Heilung gebracht, und zwar eine Urethritis catarrhalis (postgonorrhoica?), eine Urethritis catarrhalis ohne vorhergegangene Gonorrhoe; eine Urethritis mit gleichzeitigem Nierenschmerz (Pyelitis mit Nierenbeckenerweiterung?). Eine genaue Indikationsstellung, zu der kultureller Nachweis erforderlich werden dürfte, kann für diese Fälle noch nicht gegeben werden.

Es wird auch zu prüfen sein, welcher der Komponenten des Leukogens der günstige Erfolg zuzuschreiben ist, ob die Mischung des Präparats zufälligerweise so günstig eingeschlagen, ob weitere Kombinationen nicht noch wirksamer gestaltet werden können. Jedenfalls geht aus meinen bisherigen Ausführungen hervor, daß in Leukogen ein Präparat hergestellt wird, welches nach vielfacher Richtung sehr schätzenswerte therapeutische Resultate ergibt, die umständliche Herstellung der Autovakzine vielfach überflüssig macht und eine zweifellose Bereicherung unseres therapeutischen Schatzes darstellt.

Digitized by Google

J. Doutrelepont †.

Am 30. April starb zu Bonn der frühere Leiter der Universitätsklinik für Hautkrankheiten, der Nestor der Deutschen Dermatologen, Joseph Doutrelepont, im 84. Lebensjahre.

Ein an Arbeit und Erfolgen reiches Leben fand damit seinen Abschluß. Nach seinem Rücktritt vom Amte im Jahre 1910 als Fünfundsiebzigjähriger war es ihm noch volle acht Jahre vergönnt, der wohlverdienten Ruhe sich zu erfreuen; bei seiner fast bis in die letzten Tage anhaltenden körperlichen und geistigen Frische behielt D. ein ungeschwächtes Interesse für alle Fortschritte auf dem Spezialgebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten. So sahen wir ihn noch teilnehmen an den glänzenden und auch anstrengenden Veranstaltungen des Wiener Kongresses, und die Bonner Dermatologen-Tagung im Sommer 1917 fand unter seinem Ehrenvorsitz statt. Als kurz nach seiner Amtsniederlegung Ehrlichs Entdeckung des Salvarsans die wissenschaftliche Welt erregte, sagte D. gelegentlich eines Besuches halb im Scherz, halb im Ernst zu mir, wenn ich das geahnt hätte, wäre ich auch jetzt noch nicht zurückgetreten, und ich kann mir lebhaft vorstellen, ein wie eifriger und erfolgreicher Förderer des neuen Heilverfahrens D. geworden wäre, schon allein durch die Autorität seiner Persönlichkeit. Bewundernswert war D. in seiner Unermüdlichkeit und Ausdauer als Forscher. Der wohlverdiente Lohn war, daß ihm, dem fast Fünfundsiebzigjährigen, zuerst der Nachweis der Spirochäten bei tertiärer Syphilis gelang, wo diese doch am spärlichsten vorkommen und infolgedessen am schwierigsten nachzuweisen sind. Mit seiner gleichzeitig mit R. Koch, Demme, Schuchardt und Krause gemachten Entdeckung des Tuberkelbazillus als Erreger des Lupus trat D. erst hervor, nachdem durch gewissenhafte Untersuchung an einem großen Krankenmaterial für ihn die Tatsache zu unumstößlicher Gewißheit geworden war. Die Erforschung des vielgestaltigen Gebietes der Hauttuberkulose und nicht zuletzt auch das Wohl und Wehe der armen Lupuskranken lag ihm besonders am Herzen; die von D. eingeführte Sublimatbehandlung des Lupus ist auch heute noch neben und mit anderen Methoden mit Recht in Ehren.

Es ist selbstverständlich, daß ein Mann, der in allem gegen sich selbst so streng und gewissenhaft war, auch von den ihm Unterstellten, vor allem von seinen Assistenten strengste Pflichterfüllung forderte; den einen oder anderen mag das vorübergehend verschnupft haben, alle kamen doch schließlich zur Einsicht, daß das Bestreben, gute Ärzte heranzubilden, immer für D. allein bestimmend war, daß ihm das Vorankommen eines jeden einzelnen, der unter ihm arbeitete, sehr am Herzen lag, und daß er ihn förderte, wo er es konnte. In der rheinischen und auch in der westfälischen Ärzteschaft genoß D. ein ungewöhnliches Ansehen und Vertrauen, und so strömten ihm die schwierigen und interessanten Fälle aus nah und fern zu; die Kollegen wußten, daß ihm, dem großen Arzte, nichts ferner lag wie Überhebung über den einfachen Praktiker; hatte er doch selbst lange Jahre hindurch allgemeine Praxis ausgeübt und wußte er daher aus eigener Erfahrung, daß an den in der allgemeinen Praxis stehenden Arzt, der das ganze große Gebiet der Medizin beherrschen soll, doch die größten Anforderungen gestellt werden.

Aus dem Lebensgang des Verblichenen gebe ich folgende Daten wieder.

D. studierte in Bonn, Berlin und Wien und bestand das Doktorexamen 1858, das medizinische Staatsexamen 1859, wurde dann Assistent des Langenbeck-Schülers Busch und habilitierte sich 1863 in Bonn für Chirurgie und Ophthalmologie, 1869 wurde D. Extraordinarius für Chirurgie und vertrat seit 1876 zunächst im Nebenamt das junge Fach der Dermatologie und natürlich zunächst noch mit recht unzulänglichen Mitteln. Aber bereits im Jahre 1882 konnte die modern eingerichtete, für 60 Betten berechnete, schöne neue Hautklinik eröffnet werden, deren Förderung von nun D. unter Aufgabe seiner großen Privatpraxis und kurz darauf auch seiner Stellung als Chirurg am Friedrich-Wilhelm-Stift seine ganze Energie und sein ganzes Können widmete.

D. kam erst als Fünfzigjähriger an das Hauptziel seiner Wünsche — nach unabhängiger wissenschaftlicher Betätigung, und, wenn man das berücksichtigt, so fordert

Digitized by Google

es unbedingte Anerkennung und Bewunderung, was in den folgenden 25 Jahren in seiner Klinik auf allen Gebieten der Dermatologie von ihm und seinen Schülern geleistet wurde, und der eifrigste Arbeiter war der unermüdliche Jugendgreis selbst. Sich und seine Schule besonders in den Vordergrund zu stellen, das allerdings widerstrebte der Natur des Verstorbenen, dennoch dürfen wir als Erfolge der Bonner Klinik buchen, daß eine Zahl seiner Schüler akademische Lehrer (Rostock, Halle, München) und Leiter größerer städtischer Spezialkliniken (Bremen, Dortmund) wurden und daß eine große Anzahl seiner Schüler besonders in Rheinland und Westfalen angesehene Fachärzte sind.

1887 erfolgte die Ernennung zum Geh. Med.-Rat und 1894 zum ordentlichen Honorarprofessor; sein Lieblingswunsch, das von ihm vertretene Fach auch in Bonn durch ein Ordinariat ausgezeichnet zu sehen, blieb ihm leider versagt; hohe und höchste Orden schmückten seine Brust, aber mit dem größten Stolze trug er das schlichte eiserne Kreuz für Verdienste um die Verwundeten 1870.

Mit den angesehensten Vertretern der Dermatologie des In- und Auslandes verband ihn enge Freundschaft, und viele bedeutende medizinische Gesellschaften haben ihn zu ihrem Ehrenmitgliede ernannt, zur Redaktion der ersten deutschen Fachzeitung für Dermatologie, des von AUSPITZ und PICK begründeten Archiv für Dermatologie und Syphilis, gehörte D. seit vielen Jahrzehnten, und in letzterem sind auch seine wichtigsten Arbeiten erschienen und zahlreiche seiner Schüler. Zu seinem 70. Geburtstage widmeten ihm seine Schüler ein Heft des Archivs als besondere Gabe.

So hat denn ein Leben seinen Abschluß gefunden, reich an Mühen und Arbeit, aber auch reich an Erfolgen. Das Andenken an den großen Mann und Arzt wird bleiben bei seinen Freunden, seinen Schülern und seinen zahllosen dankbaren Patienten. Den Garten der Klinik ziert die von seinen Schülern gleichfalls zum 70. Geburtstage gestiftete Bronzebüste, seine wissenschaftlichen Arbeiten und Leistungen sichern ihm ein Denkmal aere perennius.

Joh. Fabry-Dortmund.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Erfahrungen mit dem Dauerhefepräparat Biozyme, von ARNHEIM. (Ther. d. Gegenw., Sept. 1916.) Nach den Erfahrungen von ARNHEIM ist „Biozyme" infolge seiner größeren Gärkraft den anderen pulverförmigen Trockenhefepräparaten weit überlegen.

E. Brinitzer-Altona.

Cignolin, ein Ersatzpräparat für Chrysarobin, von MEIROWYKY und STIEBEL. (M. m. W., 1916, Nr. 46.) Cignolin wird in $^1/_8$-, $^1/_5$- und $^1/_2$%iger Benzollösung empfohlen, von Lösung in Xylol oder Azeton wird abgeraten. Cignolin wurde mit Erfolg angewandt bei Psoriasis, seborrhoischem Ekzem, Follikulitiden, Pityriasis rosea, Trichophytia superfic. und der Epidermophytie. Das Präparat ist in der Anwendung billiger als Chrysarobin, macht uns von der Auslanddroge unabhängig, kann ohne Bedenken für die Gesichts- und Kopfhaut verwandt werden und verfärbt die Bettwäsche nicht nennenswert. Für Psoriasis wird eine Modifikation der DREUWschen Salbe empfohlen: Acid. salicylic. 10,0, Cignolin 5,0, Ol. Rusci 20,0, Salbengrundlage ad 100.0.

A. Witte-Bremen.

Cignolin, ein synthetisches deutsches Chrysarobin, und Laneps, eine neue Salbengrundlage, von GALEWSKY. (D. m. W., 1917, Nr. 8.) G., der schon in dieser Zeitschrift (1916, Nr. 6.) über dieses Thema sich geäußert hat, empfiehlt hier dem allgemeinen Kreise der Ärzte auf Grund seiner Erfahrung beide Mittel zur Anwendung. G. sieht den Wert des Cignolins in der intensiveren Wirkung im Vergleich zum Chrysarobin, in der Möglichkeit, mit diesem chemisch gut definierten Körper auch in schwachen Konzentrationen bereits starke Wirkungen zu erzielen, in der geringeren Reizung des Cignolins auf die Haut und in der geringeren Verfärbung der Wäsche. Das Mittel ist ein synthetisch hergestelltes, konstantes Präparat (Friedrich Bayer & Co., Leverhusen) und macht uns daher, im Gegensatz zum Chrysarobin, von der Zufuhr der ausländischen Drogen unabhängig. Infolge der geringen Reizbarkeit des Cignolins ist es möglich, auch Kopf- und Gesichtspsoriasis damit zu behandeln. Für die schweren Formen der Psoriasis verwendet G. eine Salbe, bestehend aus: Acid. salicyl. 0,5, Cignolin 0,5—2,5,

Digitized by Google

Hg praecip. alb., Bismuth. sub. ää 10,0, Vaselin. alb. ad. 100,0 mit Zusatz von Ol. Rusci oder Liq. carbon. deterg. Die Anwendung des Cignolins bei Psoriasis geschieht am besten in folgender Weise: Die Kranken erhalten Schmierseifen- oder Teerbäder, denen ein Zyklus von mehreren Einpinselungen von Cignolin-Benzol oder Einreibungen mit Cignolinsalbe folgen. Dann folgt ein Aussetzen und Unterbrechen der Kur, Behandlung mit keratolytischem Schwefel-, Salizyl-, Resorzinsalben und -Bädern, dann wieder Fortsetzung der Cignolinbehandlung bis zur Heilung oder Wiederholung dieses ‚Zyklus bei schweren Formen. Namentlich bei parasitären Hautkrankheiten (Pityriasis rosea Epidermophytie, Pityriasis versicolor) genügen ganz schwache Konzentrationen, 1 : 2000—1000 mit Zinköl oder Zinktrockenpinselung. G. hält die von Bayer & Co., Leverhusen, hergestellte Salbengrundlage, Laneps, für einen vollwertigen Fettersatz, der imstande ist, uns über den Mangel an anderen Salbengrundlagen hinwegzuhelfen. Der Firma Bayer & Co. ist es im Laneps gelungen, durch Kondensation von hochmolekularen Wasserstoffen eine fettähnliche Substanz herzustellen, die kaum von Lanolin unterscheidbar ist, indifferent und von unbegrenzter Haltbarkeit ist und fähig, bis zu 40% Wasser aufzunehmen. G. hat Laneps insbesondere als Salizylschwefelsalbe, als Cignolinsalbe, als Salizylborsalbe und als Krätzsalbe verwendet. In letzterer Hinsicht hat sich G. folgende Zusammensetzung außerordentlich gut bewährt: Kal. carbonicum 2,5, Aq. 7,5, Sulf. praecip., Sapo kalin. ää 5,0, Laneps 10. E. Brinitzer-Altona.

Elarson und Solarson, von Bogner. (Ther. d. Gegenw., Januar 1917.) Bei 60 Fällen von Anämien jeden Grades hat B. das Elarson bzw. Solarson mit geradezu verblüffendem Erfolge angewandt. Auch bei Neurasthenie erzielte B. durch diese Behandlungsmethode wesentliche Besserung. Bei einem Fall von Lichen ruber und zwei Fällen von schwerer Psoriasis hat das Salvarsan die Therapie wesentlich unterstützt. E. Brinitzer-Altona.

Erfahrungen mit dem Wundöl Granugenol (Knoll), von Schlenzka. (B. kl. W., 1916, Nr. 37.) Verf. hat sich das Mittel außer bei Verwundungen auch bei der Behandlung von Hautabschürfung, oberflächlichen granulierenden Wunden, sowie bei Unterschenkelgeschwüren gut bewährt. Er hatte den Eindruck, daß die Epithelisierung damit erheblich beschleunigt wurde. Es wurde nach Art des Zinköls mit gleichen Gewichtsteilen Zinkoxyd gemischt, dem der besseren Verreibbarkeit wegen etwas Ol. arachidis oder Ol. olivar. zugesetzt wurde. E. Klemm-Leipzig.

Granugenol Knoll in der Dermatologie, von Heusner-Gießen. (D. m. W., 1916, Nr. 40.) Dem Verfasser erwies sich Knolls Wundöl Granugenol als einer der stärksten Bindegewebsneubildner. Bei den verschiedensten Erkrankungen der Haut erzielte er mit diesem Mittel ausgezeichnete Erfolge. Es wird entweder rein oder als 50—70%ige Salbe (Granugenol 70,0, Lanolin anhydr. 10,0, Paraffin. solid. 20,0) verwendet. E. Brinitzer-Altona.

Meine Erfahrungen mit Granugenol und Pellidol, von Rothe-Luckenwalde. (M. m. W., 1917, Nr. 27.) Rothe empfiehlt bei Ulcus cruris und schlecht heilenden Wunden Pellidol 2,0, Granugenol ad 100,0. Gleiche Zusammensetzung wurde auch bei Scheidenkatarrhen und Erosionen in die Vagina gegossen. A. Witte-Bremen.

Glyzerinersatz. (Südd. Apothekerztg., 1916, Nr. 53.) Anführung einiger Rezepte von Zinkleim, Jodpinselung usw., bei denen nach Unna Glyzerin durch braunen Sirup ersetzt ist. R. Frühwald-Leipzig.

„Mollphorus" als Glyzerinersatz, von Meirowsky. (B. kl. W., 1916, Nr. 51.) „Mollphorus" ist eine hochprozentige, besonders präparierte, dickflüssige Raffinade, die Rohr- und Invertzucker in einem bestimmten Mengenverhältnis enthält. Versuche haben Verf. ergeben, daß es einen vollständigen Ersatz für Glyzerin in Trockenpinselungen und Zinkleim darstellt. Es stellt sich auch wesentlich billiger als Glyzerin. Fabrikant: Hans Schmitz, Köln-Müngersdorf. E. Klemm-Leipzig.

Ein brauchbarer Glyzerinersatz, von C. Bachem. (M. m. W., 1916, Nr. 41.) Unter dem Namen Tego-Glykol bringt Goldschmidt A.-G., Essen, ein Präparat in den Handel, das chemisch und physikalisch dem Glyzerin außerordentlich nahesteht, $C_3H_4(OH)_2$. Es ist mit Wasser und Alkohol in allen Verhältnissen mischbar und hat eine sehr beträchtliche Hygroskopizität. Es löst auch Acid. tannic., Thigenol, Ichthyol, Liq. carbon. det., die durch das Perkaglyzerin (hochkonzentrierte Lösungen von milchsaurem Natrium und Kalium) ausgesalzen werden. Das Glykol läßt sich auch als abführender Einlauf wie die Glyzerinklysmen verwenden. A. Witte-Bremen.

Ein neuer brauchbarer Glyzerinersatz, von C. Bachem. (Klin. ther. Wschr., 1917, Nr. 3/4.) Verf. hat das von B. Goldschmidt A.-G., Essen, in den Handel ge-

Digitized by Google

brachte Glykol erprobt. Eine große Anzahl von Arzneien lassen sich mit ihm in Lösung bringen, auch solche, die sich mit Perkaglyzerin nicht mischen lassen, z. B. Acid. tannicum, Thigenol, Ichthyol, Liq. carbon. deterg. Auch erlaubt Glykol eine Beimischung zu Salben. E. Klemm-Leipzig.

Perkaglyzerin und Tego-Glykol, zwei Glyzerin-Ersatzmittel, von MENDEL (Ther. d. Gegenw., Febr. 1917.) Das Perkaglyzerin, das eine konzentrierte Salzlösung (milchsaures Kalium) darstellt, hat eine frappante physikalische Ähnlichkeit mit dem Glyzerin. Es ist dickflüssig, wasserklar, sehr hygroskopisch und von noch stärkerer Viskosität als das Glyzerin. Es bildet daher in allen Fällen, wo das Glyzerin wegen dieser physikalischen Eigenschaften benutzt wird, wie z. B. als Gleitmittel, einen vollwertigen Ersatz. Dagegen wirkt es infolge seiner starken Salzkonzentration auf Schleimhaut und nicht ganz intakte Haut reizend. Es kann daher weder bei Wunden noch bei Hautkrankheiten als Heilmittel in Frage kommen. Dagegen soll das von der chemischen Fabrik Goldschmidt in Essen hergestellte Tego-Glykol auf Grund seiner physikalischen und chemischen Eigenschaften einen vollwertigen Ersatz für Glyzerin bilden. Das Glykol, das einen zweiwertigen Alkohol darstellt, bildet chemisch eine Zwischenstufe zwischen Alkohol und Glyzerin. E. Brinitzer-Altona.

Über das Perkaglyzerin, von L KARCZAG. (W. kl. W., 1917, Nr. 28.) Der Verf. verwendet das Perkaglyzerin zu Einläufen in Quanten von 10—50 ccm. Mit Wasser zu einem Drittel verdünnt, bewirkt es einen leichten Stuhlgang, ohne von Nebenerscheinungen begleitet zu sein. H. Vörner-Leipzig.

„Perkaglyzerin Winkel" als Glyzerinersatz in der Dermatologie, von J. ODSTRČIL-Olmütz. (M. Kl., 1916, H. 35.) Der Verfasser gibt eine Anzahl Vorschriften bzw. Rezepte für die Anwendung des Perkaglyzerins. Dieses Mittel wird nach Angaben von Prof. NEUBURG-Berlin-Dahlem von der Chemischen Fabrik vorm. Goldenberg, Geromant & Co., Winkel (Rheingau) hergestellt und in den Handel gebracht. ODSTRČIL bestätigt die Angaben von JOSEPH, WECHSELMANN, SAALFELD, NAGELSCHMIDT über die Brauchbarkeit dieses Präparates; es ist ein ausgezeichnetes Ersatzmittel des Glyzerins, und diesem in mancher Hinsicht an Wirksamkeit überlegen; es unterscheidet sich äußerlich nicht vom Glyzerin und ist eine sirupartige, klare, fast farblose Flüssigkeit von ausgesprochener Schlüpfrigkeit und stark wasserentziehender Wirkung und mischt sich in jedem Verhältnis mit Wasser. Perkaglyzerin eignet sich sehr gut zum Konservieren und zum Einfetten von Gummi, Metallkathetern und Bougies, macht die Instrumente schlüpfriger als das Glyzerin und veranlaßt kaum je eine unangenehme Empfindung. Um jede Reizwirkung auszuschließen, verdünnt ODSTRČIL das Perkaglyzerin mit Wasser (2 : 1) oder verwendet die von JOSEPH angegebene Katheterpaste (Tragacanth 3.0, Perkaglyzerin 20,0, Aq. dest. ad 100.0). Die vom Verfasser zusammengestellten Perkaglyzerinsalben und -Pasten müssen im Original nachgelesen werden; besonders rühmt er das Perkaglyzerin-Honiggelee, dessen Anwendung bei spröder Haut, speziell bei aufgesprungenen Händen sich bewährt hat. O. Lasch-Breslau.

Über Perkaglyzerinsalben, von ALFRED STEPHAN-Wiesbaden. (B. kl. W., 1917, Nr. 12.) Verf. hat das Perkaglyzerin hinsichtlich seiner pharmazeutischen Verwendbarkeit geprüft, insbesondere wie weit es zur Herstellung von Salben Verwendung finden kann. Er hat gefunden, daß es gärungswidrige, bzw. antiseptische Eigenschaften in stärkerem Maße als Glyzerin besitzt, in seinen hygroskopischen Eigenschaften kaum von letzterem abweicht. Es ist aber auch ein Ersatzmittel für aus Vaselin und Lanolin bestehende Salbengrundlagen, zudem billiger. Eine Anzahl Rezeptformen mit Ungt. Perkaglycerini als Salbengrundlage sind beigegeben. E. Klemm-Leipzig.

Tod durch Sublimatintoxikation von der Scheide aus, von VOLLMER. (Zschr. f. Mbeamte., 1917, Nr. 19.) Eine in der zehnten Schwangerschaftswoche befindliche Gravida hatte sich eine Sublimatpastille zum Zweck der Abtreibung in die Scheide gesteckt. Elf Tage danach erfolgte der Tod. Die Sektion ergab unter anderem diphtherische Veränderungen der Scheide, der großen und kleinen Schamlippen sowie des Schlundes. Der Zweck war nicht erreicht worden. E. Klemm-Leipzig.

Die Gefahren des grauen Öls, von GAUCHER. (W. kl. Rdsch., 1916, Nr. 33/34.) Berichte, denen zufolge die übliche Therapie von grauen Ölinjektionen teils schwerste Veränderungen, Stomatitiden, Nekrosen, Enteritis und Ähnliches, teils den Exitus herbeiführte. H. Vörner-Leipzig.

Über die Desinfektionskraft komplexer organischer Quecksilberverbindungen. III. Mitteilung. Merkurierte Phenole, von WALTHER SCHRAUTH und WALTER SCHÖLLER-Berlin. (Zschr. f. Hyg., 1916, Bd. 82, H. 2.) Die Natriumsalze der Oxyquecksilberphenole

Digitized by Google

besitzen den Natriumsalzen der entsprechenden Oxyquecksilberkarbonsäuren gegenüber eine nicht unbedeutend höhere Wirksamkeit. Im übrigen finden jedoch die Gesetzmäßigkeiten, welche sich bei den Oxyquecksilberkarbonsäuren mit der Substitution von Benzolkernwasserstoffatomen in bezug auf das Wirkungsresultat ergaben, auch bei den hier geprüften Oxyquecksilberphenolen ihre volle Bestätigung. Das Oxyquecksilber-o-chlorphenolnatrium und das Dioxyquecksilberphenolnatrium besitzen den geprüften Bakterien gegenüber in fast gleichmäßiger Weise eine Wirksamkeit, die sie unter den bisher bekannten Desinfektionsmitteln mit an erster Stelle erscheinen lassen muß. Die Präparate gewinnen jedoch, wie die Alkalisalze der aromatischen Oxyquecksilberkarbonsäuren und -phenole überhaupt, an praktischer Bedeutung durch den Umstand, daß diese Verbindungen im Gegensatz zu allen bisher bekannten chemischen Substanzen eine Abschwächung ihrer Desinfektionskraft auch bei Gegenwart von Seife nicht erfahren und außerdem in Seifen, die vorwiegend aus den Alkalisalzen gesättigter Fettsäuren bestehen, dauernd unzersetzt haltbar sind. Infolgedessen müssen die unter Zusatz der genannten Quecksilberverbindungen hergestellten Desinfektionsseifen, die auch von der Haut ohne jede Ätz- und Reizwirkung vertragen werden, einerseits zur Reinigung und Desinfektion der Hände vor der Vornahme von Operationen, vor und nach gynäkologischen Untersuchungen, zur Desinfektion ärztlicher Instrumente usw. als besonders geeignet erscheinen, andererseits bei parasitären und bakteriellen Haut- und Haarkrankheiten (Furunkulose, Acne vulgaris, Seborrhoe u. a.) als wohl brauchbare Therapeutika gelten. Die auf Grund eingehender Spezialuntersuchungen in den Arzneischatz eingeführten Präparate dieser Art (Afridol- und Providolseife) haben diesen Erwartungen durchaus entsprochen, in allerletzter Zeit hat sich insonderheit die Providolseife in einer den gegebenen Verhältnissen besonders angepaßten Form auch für die Behandlung der Räude bei Pferden als äußerst wirksam erwiesen. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Die Zirkulation des Quecksilbers im Organismus, von Svend Lomholt. (Bibliotek f. Laeger, 1916, H. 9.) Der Verfasser hat eine neue Methode zur Hg-Bestimmung im Organismus während einer Hg-Kur ausgearbeitet. Auf seine Analysen fußend kommt er zu folgenden Ergebnissen: Die Hg-Resorption geschieht schneller als die Ausscheidung, so daß das Hg nach und nach und in steigender Menge in den Organen und Geweben abgelagert wird. — Nach dem Aufsaugen verteilt sich das Hg über den ganzen Körper. Auch in der Spinalflüssigkeit gelang es dem Verfasser, das Hg bei jeder von drei Analysen nachzuweisen. Das meiste wurde in den Nieren gefunden, danach in der Leber. Bedeutende Mengen auch im Darmkanal und zum Teil in der Milz und im Herz, weniger in den Lungen und Muskeln, dagegen im Gehirn und Fettgewebe nur ganz wenig. Der Inhalt sowohl des Dünndarms wie des Dickdarms enthielt reichliche Mengen. Von den Körperflüssigkeiten enthielt das Blut konstant ziemlich reichliche Mengen: 1—2 mg pro Liter. Die Hg-Ausscheidung findet durch den Urin, den Stuhl, den Schweiß und den Speichel statt. Die Lungen dagegen scheinen kein Hg auszuscheiden. Die Hauptausscheidungswege sind die Nieren und der Darm. In der Regel gehen während einer Hg-Kur $^2/_3$—$^5/_6$ der gesamten Ausscheidung durch die Nieren. W. Holland-Kristiania.

Verschiedenes.

Der für dieses Jahr beabsichtigte, in Kopenhagen unter dem Vorsitze von Prof. C. Rasch abzuhaltende Kongreß der **Nordischen Dermatologischen Vereinigung** wird der Zeitverhältnisse wegen nicht stattfinden.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tahnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

15. Juni 1918 | Nr. 24 | Band 66

Wassermannsche Reaktion im Serum des Primäraffekts.

Von

Oberarzt Dr. Eicke, z. Z. bei einem Kriegslazarett.

Die Diagnose des syphilitischen Primäraffekts ist eine bakteriologisch-klinische. Sie wird es stets bleiben, denn bei aller Feinheit und allen theoretisch noch möglichen Verfeinerungen können die hier zur Verfügung stehenden serologischen Untersuchungsmethoden niemals die Bedeutung erlangen, die dem Nachweis des Erregers zukommt. Die nachstehenden Untersuchungen, die wir auf Anregung von Prof. Wechselmann hin unternahmen, haben daher weniger praktisches als theoretisch-wissenschaftliches Interesse. Unseren Untersuchungen lag die Frage zugrunde, ob das Serum des Primäraffekts komplementbindende Stoffe bereits zu einer Zeit enthält, wo sie im Blutserum noch vermißt werden. Die Beantwortung dieser Frage ließ eine Erklärung erwarten, ob und in welcher Weise an dem Zustandekommen der Wassermannschen Reaktion Produkte beteiligt sind, die einer unmittelbaren Lebensäußerung der Spirochäten oder der durch sie gesetzten Gewebsveränderungen entstammen. Hier erschien gerade der Primäraffekt zu einer Zeit, in der es noch nicht zu einer Allgemeininfektion gekommen ist, als ein geeignetes Studienobjekt.

Die nur geringen zur Verfügung stehenden Serummengen schienen der Technik anfangs Schwierigkeiten zu bereiten. Es zeigte sich jedoch, daß es fast immer gelingt, 0,05 bis 0,1 ccm Schankerserum zu erhalten. Da wir in der Originalmethode nach dem Vorgang von Sachs mit Vierteldosen arbeiten, war es möglich, das Schankerserum mit einem Extrakt und der Serumkontrolle anzusetzen. Die Gewinnung des Serums erfolgte in der Weise, daß nach mehrtägiger Reinigung des Schankers durch Kochsalzumschläge dieser energisch abgerieben und das Serum ausgequetscht wurde. Nach Feststellung des Spirochätengehalts im Dunkelfeld erfolgte das Absaugen des mittlerweile vermehrt angesammelten Serums durch eine Kapillarpipette nach Art einer Augentropfpipette.

Daß die Blutabnahme zur selben Zeit stattfand, daß das Schankerserum und das Blutserum im selben Wassermannschen Versuch unter gänzlich gleichen Bedingungen geprüft wurden, war selbstverständliche Voraussetzung. Eine Schwierigkeit ließ sich nicht ganz ausschalten. Es war nicht immer möglich, absolut zellfreies Serum zu erhalten und bakterielle Beimengungen zu vermeiden. So erklärt sich zum Teil das häufige Vorkommen nicht völliger Lösungen oder gar Eigenhemmungen der Serumkontrolle. In unserer Zusammenstellung sind 17 Fälle, die bereits positiven Blut-Wassermann aufwiesen, nicht mit aufgenommen. Es erwies sich hier eine völlige Übereinstimmung im Reaktionsausfall zwischen Blut- und Schankerserum. Eine quantitative Austitrierung zur Feststellung eines

Digitized by Google

Name	Ansteckung erfolgte vor	Ausfall der Wassermannschen Reaktion im Blutserum: Herz-Extrakt	Blutserum: Lues-Extrakt	Blutserum: Kontrolle	Schankerserum: Lues-Extrakt	Schankerserum: Kontrolle	Blutserum	Schankerserum
1. Ja.	5 Wochen	c	fc	c	fc	c	—	+
		Stern: negativ						
2. Gi.	6 „	c	c	c	st	fc	—	—
		Stern: negativ						
3. Ju.	4 „	fc	c	c	st	c	—	±
		Stern: negativ						
4. Un.	6 „	m	st	c	st	c	+	±
5. Ko.	4 „	fc	c	c	fc	c	—	+
		Stern: positiv						
6. Gr.	4 „	c	c	c	c	c	—	—
		Stern: negativ						
7. Ka.	8 „	st	m	c	0	fc	+	Hemmung d. Kontrolle
		Stern: positiv						
8. Gä.	4 „	c	c	c	0	fc	—	„
		Stern: negativ						
9. Mei.	7 „	c	c	c	0	fc	—	„
		Stern: positiv						
10. Ma.	3 „	c	c	c	st	c	—	+
		Stern: negativ						
11. Ho.	4—5 „	c	c	c	st	c	—	+
		Stern: positiv						
12. Pie.	4—5 „	fc	st	c	st	c	+	+
		Stern: positiv						
13. Schn.	4 „	st	fc	c	m	c	+	++
		Stern: positiv						
14. Kr.	4 „	c	c	c	fc	c	—	±
		Stern: negativ						
15. Kra.	7 „	c	c	c	fc	c	—	±
16. Schi.	4 „	c	c	c	c	c	—	—
		Stern: negativ						
17. Vo.	3 „	c	c	c	st	c	—	+
		Stern: negativ						
18. Be.	4 „	c	c	c	c	c	—	—
		Stern: negativ						
19. Lu.	7 „	c	fc	c	fc	c	—	±
		Stern: negativ						
20. Lö.	4 „	c	fc	c	c	c	—	—
		Stern: negativ						
21. Sa.	6—8 „	st	fc	c	w	c	+	+++
22. Ul.	6 „	—	st	c	Sp	fc	+	Nicht zu bewerten, da Hemmung der Kontrolle

Digitized by Google

Name	Ansteckung erfolgte vor	Ausfall der Wassermannschen Reaktion im Blutserum: Herz-Extrakt	Blutserum: Lues-Extrakt	Blutserum: Kontrolle	Schankerserum: Lues-Extrakt	Schankerserum: Kontrolle	Blutserum	Schankerserum
23. Kru.	4 Wochen	m	m	c	w	fc	++	Nicht zu bewerten, daHemmung der Kontrolle
		Stern: positiv						
24. Ze.	5 „	fc	w	c	0	st	++	„
		Stern: positiv						
25. Ha.	5 „	c	c	c	c	c	—	—
		Stern: negativ						
26. Pl.	6 „	c	c	c	c	c	—	—
		Stern: positiv						
27. Mei.	7 „	st	fc	c	0	c	±	++++
		Stern: positiv						
28. Spr.	7 „	c	c	c	fc	c	—	+
		Stern: negativ						
29. Pi.	5 „	st	st	c	0	fc	+	Nicht zu bewerten
		Stern: positiv						
30. Schu.	5 „	st	st	c	0	fc	—	„
		Stern: negativ						

Erklärung der Zeichen: 0 = keine Hämolyse, Sp = Spur, w = wenig, m = mäßig, st = stark, fc = fast komplett.

verschiedenen Hemmungskörpergehaltes war angesichts der geringen Serummengen nicht möglich. Wir bedienen uns in der Zusammenstellung zur Bezeichnung der Hämolysengrade der Zeichen 0, Sp, w, m, st, fc, c. Die Wiederholung des Ergebnisses in der letzten Spalte erfolgt, um in der üblichen Bezeichnungsweise eine bessere Übersicht zu geben, wobei sich natürlich eine Übereinstimmung mit den Hämolysengraden nur annähernd festlegen läßt.

Die vorstehende Zusammenstellung läßt uns sofort erkennen, daß der Wassermannschen Reaktion mit dem Schankerserum keinerlei diagnostische Bedeutung zukommt. Der Ausfall zwischen Wassermann im Blut- und Schankerserum ist durchweg gleichsinnig, so daß von einem Mehrgehalt des Schankerserums an komplementbindenden Stoffen nicht gesprochen werden kann. Höchstens drei Fälle könnten in diesem Sinne gedeutet werden: Fall 13, 21 und 27, wobei bei Fall 13 der Unterschied immerhin ein recht minimaler ist. Nur Fall 21 und 27 erfüllen, wir sagen scheinbar, alle Forderungen einer positiv zu bewertenden Reaktion: völlige Lösung der Kontrolle, geringe bzw. keine Lösung im Versuch. Beide Fälle liegen hinsichtlich ihrer Inkubation am Umschlagstermin der Wassermannschen Reaktion, so daß die Annahme einer erhöhten lokalen Reaginproduktion im syphilitischen Produkt kurz vor dem Auftreten im Blut nicht von der Hand zu weisen wäre. Dennoch möchten wir diesen beiden Ausnahmen keinerlei Beweiskraft zuerkennen, und zwar aus folgenden Gründen. Wie unsere Zusammenstellung zeigt, kam es in sieben Fällen nicht zur völligen Lösung der Kontrolle. Wenn man nun auch im allgemeinen im Versuch

Digitized by Google

mit stärkeren Hemmungen in diesen Fällen zu rechnen hat, so ist es dennoch auffällig, daß diese Steigerung so ungleich stärker ist, als man sie sonst zu sehen gewöhnt ist. So liegt die Vermutung nahe, daß in dem an Spirochäten, ihren Endotoxinen und anderen Bakterien unendlich reichen Serum im Zusammenwirken mit dem Extrakt stärkere komplementbindende Kräfte zur Geltung kommen, die man sonst bei sterilem Blutserum vermißt. Wir möchten diese Annahme auch für die Fälle gelten lassen, die trotz völliger Lösung der Kontrolle Hemmung im Versuch zeigten. Erst kürzlich hat Lange[1]) darauf hingewiesen, daß negative Seren bei Aufbewahrung infolge von Bakterienentwicklung, obwohl die Kontrolle völlige Lösung zeigt, positiv ausfallen können. Er begründet diese Erscheinung damit, daß der bei der Wassermannschen Reaktion verwandte Komplementüberschuß von etwa 3% zur Lösung der Kontrolle noch vorhanden ist, daß er aber unter dem Zusammenwirken von Extrakt und Serum völlig aufgebraucht wird, so daß Hemmungen resultieren. Wenn wir für uns also ablehnen müssen, aus diesen beiden Fällen Schlüsse zu ziehen, so ist doch immerhin eine sich hieraus ergebende Tatsache auffällig. Wie unsere Zusammenstellung zeigte, fanden wir in einer Anzahl von Fällen keine völlige Lösung der Kontrollen. Unter 16 Fällen, deren Ansteckung nicht weiter als fünf Wochen zurücklag, fand sich dreimal eine geringe Hemmung der Kontrolle; davon zeigten zwei Fälle bereits positiven Stern, einer schwach positiven Blut-Wassermann. Unter acht Fällen, deren Infektion bereits zwischen sechs bis acht Wochen zurücklag, fand sich diese Kontrollhemmung viermal, von diesen hatten ebenfalls zwei positiven Stern und schwachen Blut-Wassermann. Diese Erscheinung der sich mehrenden Kontrollhemmung bei steigender Inkubationsdauer wird noch deutlicher bei einem Vergleich mit den untersuchten, bereits im Blutserum positiven Primäraffekten. Hier zeigten von zehn Schankerseren, sechs Hemmung der Kontrolle, und diese war durchweg stärker als in den oben aufgeführten Fällen und steigerte sich bis zur völligen Hemmung Einer Deutung dieser Befunde im Sinne derer beizutreten, die in der Eigenhemmung syphilitischer Sera ein Phänomen der Lues erblicken, erschiene uns verfrüht, zumal diese Frage an und für sich noch völlig umstritten ist und wir auch noch gar nicht wissen, wie sich eine Komplementbindung in solchen stark bakterienreichen Seren vollzieht.

Ergebnis.

Es galt festzustellen, ob im Reizserum des harten Schankers die Wassermannsche Reaktion bereits zu einer Zeit auftritt, zu der sie im Blutserum noch vermißt wird. Unsere Untersuchungen haben ergeben, daß Schankerserum und Blutserum gleichsinnigen Ausfall zeigen. Zwei Ausnahmen, in denen das Schankerserum positiv, das Blutserum negativ war, deuten wir als unspezifische Hemmungen, hervorgerufen durch den starken Bakteriengehalt dieser Seren. Hiermit ist auch die Tatsache der ungemein häufigen Kontrollhemmungen erklärt. Allerdings ist auffällig, daß diese mit steigender Inkubationsdauer häufiger wird, so daß die Annahme einer spezifischen Komplementbindung durch Serum und die etwa als Antigen fungierenden Spirochäten nicht von der Hand zu weisen ist.

[1]) Zschr. f. Immunitätsforschg., 1917, Bd. 26, H. 4.

Digitized by Google

Aus der Praxis.

Zur Behandlung der Bartflechte.

Von

Oberarzt Dr. Richter in Plauen i. V.

Auf mehrfache Anfragen teile ich folgendes mit. Die Behandlung der Bartflechte geschieht nach folgenden Gesichtspunkten:

1. Oberflächliche Bartflechte (Herpes tonsurans). Die betreffende Stelle wird 8—14 Tage eingepinselt mit Lösung:

Kal. permang.	50,0
Acid. boric.	30,0
Aq. dest.	1000,0.

2. Tiefgreifende, geschwürige Bartflechte (Sycosis profunda) wird behandelt mit Haarentfernung an den erkrankten Hauptstellen, täglicher Pinselung mit obengenannter 5%iger Lösung und darauf folgenden feuchten Umschlägen (Zellstoff, Papierbinde) mit Lösung:

Kal. permang.	2,50
Natr. bicarb.	10,00
Natr. chlor	0.25
Acid. boric.	1.5
Aq. dest.	1000,00.

Auch die hartnäckigste tiefgreifende Bartflechte ist durch konsequente derartige tägliche Behandlung in mehreren Wochen (3—5 Wochen) völlig zu heilen. — Der erkrankte Bezirk kann alle fünf Tage mit Wasser und Seife gewaschen werden.

Feuilleton.

Syphilisbehandlung oder Menschenbehandlung?

Von

Prof. Dr. Ludwig Merk in Innsbruck.

ERNEST FINGER zugeeignet.

Man muß zwei Arten zeitweilig unterbrochener Dauerbehandlung bei Syphilitikern unterscheiden, die bedingte und die unbedingte. Erstere wendet eine Reihe von Ärzten nur an, wenn sie bei den Befallenen syphilitische Erscheinungen sehen; die Anhänger der unbedingten hingegen wiederholen sie, auch wenn sich keine Zeichen der Krankheit zeigen. Daß die unbedingte Dauerbehandlung so zahlreiche Anhänger gefunden hat, darf vor allem deswegen nicht überraschen, weil die Beurteilung über das Wesen syphilitischer Vorgänge beim Menschen sich immer mehr vom klinischen Boden entfernt. In der Syphilis erblickt man eine Überschwemmung des Körpers mit Spirochäten. Durch sie würden im Körper des Menschen gewissermaßen kranke Erzeugnisse geschaffen, in denen man fesselnde Gewebebilder und diagnostische Aufgaben erblickt. Die Spirochäten fortzuschaffen und dadurch das von ihnen erzeugte kranke Gewebe zum Einschmelzen zu bringen, das ist das Ziel der landläufigen Behandlung. Solange man von den Erregern nichts wußte, sah man, daß nach einmaliger Kur die Krankheitskeime gleichsam nur „schlummern" — allerdings ein sehr unwissenschaftlicher Ausdruck. Was Wunder, wenn man Rückfälle durch Einschaltung einer neuen Behandlungsreihe zu verhindern trachtete. Seit man die Spirochäten, ihre unfaßlich reiche Vermehrung kennt, ist das Bestreben, sie „im Schlummer" zu vernichten, noch lebendiger geworden. Die Jarisch-Herxheimersche Erscheinung gleicht eher einem „Erwecken" der Spiro-

Digitized by Google

chäten. Und weil man sah, daß luetische Krankheitserscheinungen unter gewisser Behandlung schwinden, so glaubte man, Behandlung der Syphilis sei gleichbedeutend und gleichwertig mit Vernichtung der Spirochäten, die auch dann angestrebt werden müsse, wenn sich keine Zeichen „ihrer" Betätigung erkennen lassen.

Daß dieser Gedankengang von Frankreich seinen Ausgang genommen hat, hat mich immer in Erstaunen gesetzt. Denn, soweit ich französische Ärzteerziehung und Ärzteheranbildung kenne, ist dort die Grenze zwischen theoretischen und praktischen Medizinern nicht so scharf gezogen wie in deutschen Ländern. Ich kenne französische Pathologen, normale und pathologische Anatomen, die Ärzte geblieben sind. Ihnen sollte der menschliche Körper als ein Gebilde erscheinen, das krank werden kann. Unsere Theoretiker aber sehen im menschlichen Körper allenfalls das Endglied einer eigentümlichen Entwicklungsreihe, nie hingegen ärztlich einen Gesunden, dessen ganzes Leben eine mehr oder minder unterbrochene Kette von Bestrebungen ist, sich mit den belebten und unbelebten Elementen seines Lebensraumes (Doflein[1]) abzufinden. Unsere pathologischen Anatomen weiter sind verleitet, den kranken Menschen als Arbeitsfeld der Krankheitskräfte, zumeist winzigster Lebewesen aufzufassen und kaum als einen die Gesundung anstrebenden Körper, dessen Kräfte sich mit der angedrungenen Schädlichkeit raufen. Solchen geht dann wohl das Wunderbare des natürlichen Heiltriebes vollständig verloren. Und doch soll es die vornehmste Aufgabe des gut gebildeten und richtig herangezogenen Arztes sein, die Heilkräfte zu erkennen und zu unterstützen. Krankheitsveränderungen im Körper sind sicherlich immer Gesundheitsstörungen, nicht jeweils aber Krankheit, vielfach Genesungsbestrebungen. Das eingedrungene Lebewesen, seine fortdauernde Anwesenheit kann daneben schließlich und endlich eine andere Rolle spielen. Was kümmert's jenen, daß er in jungen Jahren einen Lungenblutsturz hatte, im Auswurf noch viele Jahre später Tuberkelbazillen nachgewiesen werden konnten, und daß er die „schlummernden" Bazillen noch herumträgt. Aber er ist seinen Lebensweg weitergegangen, hat eigene Kinder großgezogen und eine soziale Stellung errungen. Was stören ihn die 1000 Demodex im Gesicht, was die Typhusbazillen, die einst seinen Darm heimgesucht hatten. Sein Körper ist mit ihnen fertig geworden. „Oder hat man — den in der wissenschaftlichen Medizin häufig vorgekommenen Fehler gemacht, daß man die Dinge zu sehr vom anatomischen und zu wenig vom biologischen Standpunkte betrachtete?" So klagt Bier in seinen gedankenreichen Beobachtungen über die Regeneration beim Menschen[2]). Ich reiche ihm mit meiner Denkweise gern die Hand. Nur hätte ich statt „biologischen" „klinischen" Standpunkt gesagt.

Wenn man die Syphilis als Kliniker, nicht als Spirochätenforscher, nicht als Schnittehobler, dessen Hände von Anilinfarben triefen, und auch nicht als Bakterienzüchter beschaut, dann vermeint man namentlich in den Gesundheitsstörungen, die die Haut durchmacht, Genesungsbestrebungen herauslesen zu können. Oder, was wollte der Körper dem Kliniker verraten, wenn in der Ausbruchszeit der Syphilis, nachdem die Lymphknoten dem Gifte entgegengearbeitet hatten, so sinnfällig in der Haut, im Rachen, Munde Ausschläge, Exantheme und Enantheme auftreten? Welchem Kliniker ist da noch nie die Ähnlichkeit des Verhältnisses des Körpers gegenüber den sogenannten akuten Exanthemen, insbesondere der Variola aufgefallen? Sogar das klinische Bild der einzeln herausgenommenen Ausschlagsform besitzt ähnliche Züge. Nur geht bei der Syphilis alles ganz unendlich träger und verzögert vor sich. Beweis dessen nicht nur die Bezeichnung Varicella syphilitica, petite und grande vérole. Beweis dessen vielmehr der Umstand, daß hier wie dort sich die Haut mit Entzündungszellen anschoppt, daß die Mitte der Anschoppung jeweils ein stärkeres Zerfallsbestreben erkennen läßt als die Umrandung. Neben dem reinen Fleck der luetischen Ausbruchsroseola findet man in ausgeprägten Fällen fast immer erhabene Flecke, sogar Papeln. Kratzt man dieselben, dann schuppen sie nur in der Mitte. Ist die Erscheinung entwickelter, dann stößt man in der Mitte auf ein kleines Geschwürchen, ein winziges Pustelchen, dessen Eiterinhalt vollends bei der Varicella syphilitica schon mit freiem Auge zu erkennen ist. Hier wie dort kommt es zu einer „Umstimmung" der Gewebesäfte, wie Neisser, vor allem aber Finger[3]) sich so unübertrefflich ausdrückt. Nur ist bei genesenden Blatternkranken

[1]) Franz Doflein, Das Tier als Glied des Naturganzen. B. G. Teubner, Leipzig und Berlin, 1914, 2. Bd. des Werkes: Tierbau und Tierleben, S. 763 ff. — [2]) D. m. W., 20. Dezember 1917, 43. Jahrg., Nr. 51. — [3]) Handbuch der Geschlechtskrankheiten von Finger, Jadassohn, Ehrmann und Grosz, 2. Bd., S. 896 ff. Alfred Hölder, Wien u. Leipzig, 1912.

Digitized by Google

die Umstimmung eine solche, daß der Körper des Erregers vollkommen, bei der Syphilis nur unvollkommen Herr wird. Spinne ich diesen Gedanken auch über die anderen ansteckenden Ausschlagskrankheiten, die gleichfalls zu einer Feiung des Körpers führen, so ist mir die syphilitische Gesundheitsstörung in der Haut zur Ausbruchszeit, vielleicht auch bei Wiederholungen, keine Krankheit, sondern eine Genesungsbestrebung des Körpers, ausgeführt durch die Hauttätigkeit. Bei Blattern, Masern, Syphilis kreisen zweifellos unendliche Millionen von Erregern in den Körpersäften. Just in der Haut kommt das zum Ausdruck, weil in ihr die Schutzarbeit vor sich geht und so nach alter Auffassung den Eindruck des Erkrankten macht.

Die Haut, deren mannigfache Kräfte und Verrichtungen noch lange nicht erkannt, vielfach sogar unterschätzt sind, ist in ihrer fortwährenden Außenstellung wie keine Körperstätte berufen, sich im Laufe der Eigenentwicklung des Menschen, aber auch im Laufe der Entwicklungsreihe im Tierreiche in den Schutzdienst hineinzuarbeiten. Ein geheimnisvoll begründetes Zielbewußtsein, fast ein Zielunterbewußtsein hat die Lehre von so wesensverschiedenen Krankheiten, den Haut- und Geschlechtskrankheiten, die durch Grenzpfähle, wie Salpingitis gonorrhoica — Neurofibromatosis, Bubo suppurans — Vitiligo, nicht zu umfassen sind, schon von jeher auf eine Lehrkanzel vereinigt. Nur Tabes und progressive Paralyse sind unerlöst in fremdem Besitz. Dadurch ist trefflichst angedeutet, welche Rolle man der Haut in dem Trauerspiele Syphilis dunkel ahnend zuteilte. Daß sie zuweilen versagt, darf nicht beirren. Im Gegenteil, zwischen Unzulänglichkeit und Vollendung führt eine reiche Stufenleiter, wie schließlich bei den Verrichtungen aller Körperstätten.

So nur wird allzusehr verständlich, daß ein menschlicher Körper, der noch keine Haut hat, gegen die Syphilis fast vollkommen wehrlos ist; daher die Schwere der angeborenen und ererbten Syphilis.

Staunenswerte Zufälligkeiten, wie sie in der heilenden Medizin eine so große Rolle spielen, haben uns Ärzten Mittel an die Hand gegeben, durch die wir der Haut bei ihrem Genesungstriebe gegen die Syphilis ebenso helfen können, wie wir ihr etwa durch Kleider beistehen, den Körper gegen Witterungseinflüsse noch besser zu schützen. Vor allen ist dies die Quecksilber-Schmierkur. Unglückseligerweise wurde der klinische Blick für die richtige Auffassung ihres Wertes dadurch getrübt, daß man ähnliche Wirkungen sah, wenn man Quecksilber innerlich darreichte oder einspritzte. Damit kam man ins Fahrwasser der Spirochätenforscher und sagte nicht, die Schmierkur unterstütze die natürlichen Heilbestrebungen des Körpers, sondern das „Quecksilber" „vernichtet" die Spirochäten. Den Gipfel dieser Denkweise erreichte man durch die Behauptung „quecksilberfester" Spirochäten oder „mangelhaft" durchgeführter Kuren, wenn die Behandlung mißlang, Rückfälle vorkamen oder die Krankheit in Rückenmarksschwindsucht und Hirnerweichung ausging. Die staunenswerte Wirkung des Jodkali ist unserem Verständnis derzeit noch immer nicht ganz erschlossen. Auf so vorbereitetem Boden erwuchs der Riese Ehrlich. Er war kein Kliniker, wußte nichts aus eigener Anschauung von natürlichen Heilkräften im menschlichen Körper. Ihm mußte die Sterilisatio magna als erreichbares Ziel vorschweben, und er glaubte sie durch sein Mittel erreicht. Noch kannte man das Verhalten des mit Neosalvarsan gelenkten Luetikers zur Syphilis nicht und jubelte Ehrlich von allen Seiten zu. Jetzt, und im Sinne vorliegender Ausführungen besehen, wissen wir, daß es Ehrlich erging wie einst Kolumbus, der den Weg nach Ostindien finden wollte und starb, ahnungslos, daß er neue Länder entdeckt hatte. Ehrlich fand lediglich ein ganz neues, aber außerordentlich wirksames Mittel, die Genesungskräfte des Körpers gegen die Syphilis in neuer Richtung kräftigst zu unterstützen.

Wer hingegen die Syphilis rein klinisch betrachtet und ihren Verlauf lediglich als Arzt durchdenkt, der wird sich erinnern, daß die Reihe möglicher Syphilis-Heilmaßnahmen durch die Trias Quecksilber-Arsen-Jod oder, genauer gesagt, Quecksilberschmierkur-Neosalvarsan-Jodkali nicht erschöpft ist. Freilich gehört sie Zeiten an, die man gern längst vergangen nennt, die sich auf Ansichten stützen, über die man die Nase rümpft und die man für überwunden hält. Und doch — um mit kleiner Abänderung an einen bekannten Spruch zu erinnern — „verachtet mir die alten Meister nicht und ehret ihre Kunst!" In ihren Ableitungs- und Stoffwechselkuren steckt ebenso ein gesunder Kern wie in der instinktmäßigen Behauptung ärztlich völlig Ungebildeter, daß man Ausschläge nicht vertreiben solle, sie schlügen sich sonst nach innen. Denn richtiger Trieb und richtiger Instinkt sind das Genie der Urteilsunfähigen. Daher das Sprichwort: Vox populi, vox dei.

Digitized by Google

Solche Versuche, den Stoffwechsel zu beeinflussen und die Stoffe abzuleiten, sind durch die Zittmannkur, Schwitzkur, durch die Hydrotherapie, durch strenge Kostvorschrift und Hungerkuren angestrebt worden. Die alten Kliniker wußten eben noch nichts vom Bau der Selachier als Grundlage für viele Eigentümlichkeiten im Bau des menschlichen Körpers, und die heutigen Physiologen kaum etwas, welche klinische Bewandtnis es habe, daß das Wirbeltierblut, das Menschenblut rot, nicht etwa grün oder blau wurde[1]). Es wird keine Weile dauern, daß die Schatzstücke aus der Kammer der alten Heilkunde von den jetzigen Klinikern emsiger hervorgesucht werden, und elementar muß sich die Überzeugung ans Licht drängen, daß die heute herrschende Trias unserer Syphilisheilmittel eine ganz andere Wirkungsweise hat, als man ihr derzeit zuzuerkennen pflegt. Vor allem, daß sie nicht unmittelbar Spirochäten töten oder giftfest machen. Man setze zu zentrifugiertem Menschenserum, wie es ja in unseren Wassermannlaboratorien in Hülle zur Verfügung steht, eines der Triasmittel. Die Zusatzmenge kann nicht klein genug gewählt werden, weil ihr Sättigungsgrad im Plasma bei den stärksten Vergiftungen mit ihnen jeweils ganz bedeutend unterboten ist. Man bringe dann lebensfrische Spirochäten, am besten aus Papeln eines papulo-squamösen Syphilides in solches Serum, betrachte sie im Dunkelfeld und wird staunen, wie unbeirrt behende sie sich stundenlang weiterbewegen. Ich habe seinerzeit so felsenfest an die Sterilisatio magna geglaubt, daß ich erfahrungslos, wie ich damals war, und schwörend auf die Worte des Meisters Ehrlich, einem Manne mit hartem Geschwür im schmerzhaft verengten Vorhautsacke die Lösung der Verengerung, das Einschmelzen der Lymphknoten für wenige Tage nach der vorgenommenen Einspritzung vorausgesagt hatte, wie man lodernde Diphtherie nach Serumeinspritzung verglimmen sieht, — und die Enttäuschung lange nicht begreifen konnte.

In meinen Vorlesungen gebrauche ich gern drastische Ausdrücke. Sie prägen sich dem Hörer leicht ein und erhellen ihm rasch wie ein Schlagwort meine Auffassung. Und so bezeichne ich das Streben, durch körperfremde Mittel Krankheitserreger im Körper abzutöten, als den Mottenstandpunkt. Ja, in Schafwollwaren pflegt man durch Kampfer, Naphthalin und ähnliche Mittel eine Sterilisatio magna anzustreben. Aber nur ganz Wenigen fällt auf, daß in der Wolle lebender Schafe sich nie Motten einnisten und daß umgekehrt auf dem haarigen Kalbfelltornister nie eine Trichophytie entsteht. Wer klinisch denkt, weiß das Verhalten des Lebenden zu seinem Lebensraume zu beurteilen. Nur in seltenen Fällen gelingt wahrhaft die Sterilisatio magna des Befallenen durch körperfremde Mittel; so bei Eingeweidewürmern und Kopfläusen.

Ich hatte vormals Gelegenheit, Antimerkurialisten bei ihrer Behandlung Luetiker zu beobachten. Gläubig erzogen, meinte ich bei den Befallenen alle höllischen Schrecknisse der Lues aufsteigen sehen zu müssen, wie sie die Fanatiker der Trias predigen. Mir war zumute wie etwa unseren Altvordern, als der heilige Bonifaz vor ihren Augen den Gottesbaum von Paderborn fällte. Die damaligen und viele seitherigen Erfahrungen lehrten mich, daß es eben sehr viele „Mittel" gegen die Syphilis gebe, daß eine große Zahl syphilitischer Erscheinungen verhältnismäßig leicht heilend zu beeinflussen ist, daß aber die längsten rückfallfreien Zeiten doch nur durch die Mittel der Trias herbeigeführt zu werden pflegen.

Einen ganz anderen klinischen Eindruck bekomme ich täglich deutlicher von den Verhütungskuren, zu denen vor allem die unbedingte, zeitweilig unterbrochene Quecksilber-Neosalvarsankur zu rechnen ist. Ich gehe hier absichtlich auf das in den üblichen Abhandlungen breitgetretene Für und Wider nicht ein, weil sich die Dauerbehandlung in erster Linie auf Zahlenausweise stützt, die man fast nach Belieben deuten kann und die allesamt sich von den hier erörterten Grundsätzen aus neuerlich anders deuten lassen. So z. B. decken sich wiederholte „energische" Kuren mit der Veranlassung hierzu, mit wiederholten Rückfällen, oder im Sinne meiner Ausführungen gesprochen, mit wiederholten Gesundheitsstörungen in der Haut, wiederholten Umstimmungsbestrebungen des Körpers vermittels der Haut. Ich glaube ferner, daß die ziffernmäßige Unterlage zur Beurteilung unbedingt durchgeführter Dauerkuren noch sehr jung und daher sehr mager ist. Hier muß ich eines Falles gedenken, dessen Beobachtung ich in späteren Zeilen noch weiterhin verwerten möchte, so vereinzelt und sonderbar ist er.

---

[1]) Eine Frage, der meines Erachtens auch nicht Doflein (a. a. O., S. 877 ff.) gerecht wurde. Er betrachtet die Dinge eben vom engeren biologischen und nicht vom weiteren klinischen Verhalten aus.

Digitized by Google

In Schlagworten: Am 8. August 1915 läßt sich 19jähriger, gesundheitstrotzender Mann bester Herkunft eine Verdacht erregende Stelle an der Vorhaut wenige Tage nach Ansteckungsgelegenheit ausschneiden. Bekommt in Wien von allererster ärztlicher Hand sofort gelegentlich der Entnahme der verdächtigen Stelle in die Armvene 0,45 Neosalvarsan. Im ausgeschnittenen Stück werden Spirochäten erkannt. Am 10. August 0,1 salizylsaures Quecksilber in die Gesäßmuskeln. Am 16. August kommt er zur Fortsetzung der Behandlung in meine Hand. Keine örtliche Lymphknotenschwellung, keine Allgemeinerscheinungen, freie Haut: Phthyrii, junge Brut. Bekommt sofort 0,05 Salizylquecksilber in die Gesäßmuskeln und Beginn der Schmierkur mit 2 Gramm grauer Salbe täglich. 23. August: Weitere 0,05 Salizylquecksilber. Ebenso am 31. August und 7. September. Am 18. September ist die 30tägige Schmierkur beendet, und ich gebe 0,9 Neosalvarsan in die Armvene.

Am 9. Dezember 1915 bei mir durchgeführte Blutserumreaktion negativ. Ebenso ein Jahr später, am 27. Dezember 1916. Völlig frei von irgendwelchen Krankheitszeichen. Ich halte ihn für genesen. Am 14. April 1917 apoplektiformer Anfall. Der behandelnde Arzt erkennt eine Endarteriitis luetica, die nach entsprechender Schmierkur (nicht unter meiner Leitung ausgeführt) voll zurückging. Seither sah ich den Kranken nicht.

Gegen dieses zweifellos erschütternde, aber auch seltene Ereignis kann ich ein „wenn" und „hätte" — als gänzlich unwissenschaftlich — nicht gelten lassen. Mich fesselte klinisch, daß nie Abwehrerscheinungen in der Haut zutage getreten waren. Es wird sich niemand dazu hergegeben, und sei er von der vorbeugenden Kraft einer „energischen Kur" noch so überzeugt, der sich mitten in derselben unbesorgt mit spirochätenhaltigem Material impfen läßt.

Die natürliche Schlußfolgerung aus dieser Auffassung des klinischen Verhältnisses der Syphilis ist selbstredend, mit der heilenden Hilfe so lange zuzuwarten, bis reichlich Genesungsbestrebungen in der Haut erscheinen. Das ist ja ein alter Grundsatz vormaliger Kliniker gewesen. Man wird ihn auch anstreben müssen, soweit es die Vernunft der Befallenen zuläßt. Nur ist der Ruf der Frühbehandlung und der zeitweilig unterbrochenen Dauerbehandlung, sowohl der bedingten und unbedingten, schon so tief in die Laienwelt eingedrungen, daß man aus psychologischen Gründen einen neuen Grundsatz nicht immer einhalten kann. Man kann sich manchmal mit einer einstweiligen Scheinkur, einer hinhaltenden Ableitungskur behelfen. Aber auch hier findet man den Kranken zumeist schon so gedrillt, daß man untreu werden muß. Man fährt in solchem Wasser als ärztlich heilender Freund eine Zeitlang recht gut, bis sich die Fälle häufen, in denen trotz bedingter oder unbedingter Behandlung die Blutserumreaktion nicht negativ werden will. Dann wachsen dem Arzte die bösen Nachteile des Verfahrens über den Kopf, der Kranke ängstigt sich und leidet fortan mehr von der Furcht vor Syphilis als je von der Syphilis selbst. Wie glücklich sind daneben die unbelehrten, unwissenden Kranken, namentlich des Ackerlandes. Der Arzt sieht schließlich nicht mehr die Spirochätenmassen vor sich, die er in der befallenen Person vernichten wollte, sondern einen tief bedrückten Menschen, dem er wieder zu normalem Empfinden verhelfen will. Vielfach vergeblich, denn der Kranke befindet sich jetzt in einer zeitweilig unterbrochenen Dauerangst vor der Syphilis und noch dazu in einer unbedingten. Besser, der Arzt trägt die Angst allein. Und hat er einen gemütsstarken Befallenen vor sich, der sich freut, erscheinungsfrei geworden zu sein, so nimmt er ihm unzählige Male Blut ab und sendet es so lange in Wassermannlaboratorien, bis eines einen positiven, vielleicht sogar nur einen schwach positiven Befund verlautbart. Dann hat er die Venia tractandi in der Tasche. Ich zähle augenblicklich in meiner Krankenschar sechs Ehehälften, die ich einer zeitweilig unterbrochenen, aber bedingten Dauerbehandlung mit den Triasmitteln unterzog, die schon mehrere Jahre in meiner Beobachtung stehen, deren Gegenüber dauernd frei geblieben ist, denen ich gegenseitig das Geheimnis der Erkrankung zu wahren wußte und deren körperliches und seelisches Behagen nichts zu wünschen übrigläßt. Die unbedingte Dauerbehandlung gleicht dem Stoß ins Leere, wenn sie zu Zeiten einsetzt, in denen der Körper nirgends Abwehr in Bewegung bringt.

Die Beobachtung der mit Ehrlichs Mittel behandelten Luetiker lehrte aber den Kliniker etwas Neues; das, was man Neurorezidive zu nennen pflegt. Von den Salvarsanschäden im engeren Sinne des Wortes sehe ich hier gänzlich ab, weil es sich mir hier nur um die klinische Beurteilung des Syphilitikers, nicht aber der mit Neosalvarsan Eingespritzten handelt. Ebensowenig paßt es mir, von der Salvarsanfurcht mancher Ärzte und von kleinen Dosen zu reden. Ich habe immer nur Ehrlichs Maximaldosis gegeben, diese aber pedantisch reinlich und genau nach Vorschrift. Ich ziehe Neurorezidive nur

Digitized by Google

insoweit in den Kreis meiner Betrachtung, als sie dem klinischen Bilde der Syphilis neue Züge entlockt. Als Neurorezidive bezeichnet man solche am Nervenapparat auftretende syphilitische Veränderungen, die man vor EHRLICH auch, aber weit seltener zu beobachten Gelegenheit hatte. Stellt man sich auf den Standpunkt, daß man mit unseren Syphilismitteln — und zwar nicht allein mit jenen der Trias — den natürlichen Heiltrieb des Körpers unterstützen, nicht aber die Spirochäten abtöten will, so sieht man, daß die Mittel es in bestimmten Wirkungskreisen tun, die sich mancherorts decken, mancherorts aber nicht. Die Mittel haben gewissermaßen ihre Machtbezirke. So die Schmierkur bei den Hauterscheinungen; das Neosalvarsan bei oralen Erscheinungen oder bei den Erkrankungen der großen Gefäße; das wunderbare und milde, keinesfalls ganz körperfremde Jodkali endlich bei den nächtlich verstärkten Schmerzen, den Beinhautauftreibungen und den Zerfallsformen der vorgeschrittenen Syphilis — um nur die Hauptwirkungen und auch diese ganz flüchtig zu umzeichnen. Nur auf das Nervengewebe im allerengsten Sinne des Wortes, wenn also das Zwischenglied erkrankter Gefäße fehlt, wissen wir noch keinen halbwegs so sicheren Einfluß zu üben. Möglich, daß er doch in EHRLICHS Mittel steckt, daß man aber die beste und bekömmlichste Art seiner Verwendung in solchen Fällen noch nicht erkennt.

Mir als Kliniker genügt es darauf zu verweisen, daß seit seiner Einreihung in unseren Arzneischatz die Syphilis mit den Neurorezidiven Züge gezeigt hat, die man vordem in diesem Umfange nie erfahren hat. Und hier weise ich nochmals auf die vorhin erwähnte Krankenskizze des jungen Apoplektikers hin, ohne indes den sonderbaren Verlauf dem Quecksilber, noch dem Neosalvarsan, wohl aber der Behandlung und ihrem Zeitpunkt als Ganzes in die Schuhe zu schieben.

Wer sagt nun uns armen, irrenden Ärzten, daß es nicht auch „Quecksilberrückfälle", Änderungen im Verlaufe der Syphilis durch den Einfluß des Quecksilbers gebe? Daß trotz der unleugbaren Unterstützung, die die Heilbestrebungen des Körpers vor allem durch die Schmierkur gewinnen, die Umstimmung eine solche wird, daß das klinische Bild der Krankheit auch durch das Quecksilber eine Ablenkung erfährt? Dabei rede ich absichtlich nicht von der Schmierkur allein, sondern vom Quecksilber als solchem, denn die hohen Dosen, die man durch die Einspritzungen, weniger vielleicht durch die innere Darreichung, dem Körper zuführt, sollen doch zu denken geben. Schmierkur mit wenig Quecksilber, nie weniger als 0,9 Neosalvarsan, nie weniger und nie mehr als 2 Gramm Jodkali im Tage sind so ziemlich immer meine Grundlinien bei der Anwendung der Trias gewesen.

Und nun durchblättere man einmal in diesem Lichte die alten Zahlenausweise: Oftmalige Behandlung ist gleichlaufend mit oftmaliger Abwehrbestrebung in der Haut. Unterschiede zwischen Stadt- und Landbevölkerung sind nicht unbedingt gleichlaufend mit geistiger oder körperlicher Arbeit, sondern auch mit häufigerer und seltenerer ärztlicher Beeinflussung, zumeist Quecksilberbeeinflussung überhaupt. Zunahme gewisser Folgezustände der Krankheit — vielleicht richtiger seltener Verlaufsform — ist gleichlaufend mit Zunahme besserer Beobachtung, aber auch mit Zunahme spezifischer Kuren. Seltenheit der Rückenmarksdarre, der Hirnerweichung bei Weibern ist gleichlaufend mit eigentlicher Unmöglichkeit, beim schamhaften Geschlechte Abtreibe-, Früh-, Dauerbehandlungen in großem Maßstabe durchzuführen, ist gleichlaufend mit allmonatlicher „Blutreinigung" oder „Ableitung" bei den Menses.

Die Sterilisatio magna, tam arsenicalis, quam mercurialis, quam aliunde bleibt das große, leider bisher unerfüllte Streben Großer. Und ich bestreite die wissenschaftliche Berechtigung der Weissagungen, abgeleitet aus gut oder schlecht oder ganz willkürlich eingeschätzten Behandlungen.

Noch liegt Vieles weit, weit jenseits zünftiger Betrachtung in der Lehre von der Lustseuche des Menschen.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Anaphylaxie gegen Quecksilber, von M. ZIGLER-New York. (M. Record, 4. Nov. 1916.) Ein Patient erhielt wegen Syphilis Injektionen von Salizylquecksilber, die er anstandslos vertrug. Nach einer Pause von acht Monaten erlitt er ein Rezidiv. Als

Digitized by Google

er derselben Behandlung unterzogen werden sollte, zeigte es sich, daß er schon auf kleine, früher anstandslos vertragene Dosen mit Schweißausbrüchen, Durchfällen, Erbrechen, Schwäche und Kopfschmerzen reagierte. Trotzdem wurden die syphilitischen Erscheinungen günstig beeinflußt. Verfasser ist der Ansicht, daß es sich um echte Anaphylaxie handelt. R. Frühwald-Leipzig.

Untersuchungen über die Ausscheidungswege des Quecksilbers, von J. Almkvist. (Svenska Läkaresällsk. Handlingar, 1917, Nr. 3.) Verfasser ist zu dem Resultat gekommen, daß bei Quecksilbervergiftung eine Gefäßerweiterung in mehreren Organen stattfindet, teils der kleineren Arterien, zum größeren Teil aber der kapillären und kleinen Venen, wahrscheinlich infolge einer Gefäßlähmung durch die Einwirkung des Quecksilbers auf das Nervensystem. Diese Gefäßerweiterung hat er am meisten ausgeprägt gefunden in den Nieren, in der Magen-Darm-Schleimhaut und in der Leber, also in den Organen, wo die stärkste Quecksilberausscheidung und die größte Menge Quecksilber zu finden ist, ferner in dem Pankreas, den Speicheldrüsen, den Schweißdrüsen und (wenn auch sehr wenig) in den Talgdrüsen. In der Magen-Darm-Schleimhaut sieht man die größte Gefäßerweiterung oberflächlich unmittelbar unter dem Epithel und in den Darmzotten. Die Gefäßerweiterung ist im ersten Stadium verbunden mit einer Anschwellung der Drüsen, dann mit einer Rundzelleninfiltration, einer zunehmenden Transsudation von einem an organischen Stoffen sehr reichen Transsudat und endlich mit degenerativen Prozessen, die bis zu einer Gewebsnekrose und einem Gewebszerfall der Zotten geht. Nachher treten regenerative Prozesse ein. In dem erwähnten Transsudate findet sich Quecksilber, so daß im Magen-Darmkanal eine Quecksilberausscheidung ohne Drüsensekretion, direkt durch eine Transsudation stattfindet. Diese Transsudation einer quecksilberhaltigen Flüssigkeit mag wohl die Gefäßerweiterung nicht nur in der Schleimhaut des Magen-Darmkanals begleiten, sondern ebenso in allen den oben erwähnten Drüsenorganen, wo das Quecksilber die beschriebenen Gefäßerweiterungen hervorruft. In den Drüsenorganen muß aber das quecksilberhaltige Transsudat, um ausgeschieden zu werden, die Drüsenzellen passieren, und es hängt infolgedessen von den Eigenschaften dieser Zellen ab, wieviel Quecksilber abgesondert wird. Diejenigen Nierenzellen, welche gewöhnlich feste Stoffe sezernieren, scheiden auch selbstverständlich viel Quecksilber aus; alle die anderen Drüsen dagegen weniger. Infolgedessen enthält der Urin das meiste Quecksilber, die übrigen Drüsensekrete bedeutend weniger. Daß die Galle so ziemlich viel Quecksilber enthält, beruht darauf, daß die Leber ein so großes Organ ist. Die Ausscheidung des Quecksilbers im Magen-Darmkanal ist nicht an einen gewissen Teil des Kanals gebunden, sondern hängt von der Entwicklung der beschriebenen Gefäßerweiterung mit Transsudation ab. Da dieser Krankheitsprozeß in verschiedenen Fällen sich an verschiedenen Teilen des Kanals entwickelt, so wird auch der Hauptteil des Quecksilbers bald an dieser, bald an jener Stelle der Magen-Darmschleimhaut ausgeschieden. W. Holland-Kristiania.

Beiträge zur therapeutischen Jodwirkung, von H. Boruttau-Berlin. (Zschr. f. exper. Path. u. Ther., 1916, Bd. 18, H. 2.) Versuche haben dem Verfasser gezeigt, daß bei lange fortgesetzter Einverleibung kleiner Mengen Jod der überwiegende Teil des Jods prompt ausgeschieden wird und eine eigentliche Jodspeicherung nicht stattfindet. Ferner konnte Verfasser die blutdrucksteigernde Wirkung der Injektion isotonischer Jodnatriumlösungen bestätigen. R. Frühwald-Leipzig.

Beitrag zur Therapie der Jodnebenwirkung, von Wilh. Heinen. (M. m. W., 1917, Nr. 7.) Heinen nimmt mit anderen Verfassern an, daß die Jodakne auf Zersetzung des jodkaliumhaltigen Schweißes beruht, in welchem dem Azeton nahestehende Stoffe sich bilden. Durch tägliche Sodavollbäder (1—2 Hände voll Soda aufs Bad) gelang es, diese jodhaltige Zersetzung des Schweißes zu binden und zu entfernen. Jodakne und Schnupfen verschwanden in einem Tage. Jodkalium konnte dann ohne Beschwerden bei täglichem Sodavollbad weitergegeben werden. A. Witte-Bremen.

Eine einfache Jodprobe, von Josef Schumacher-Berlin. (M. Kl., 1916, Nr. 46.) Schumacher polemisiert gegen Hecht, weil dieser in Nr. 27 der Med. Klinik die von Schumacher angegebene Reaktion für geringe Jodmengen im Harn mittels 1%iger alkoholischer Benzidinlösung als komplizierter hingestellt habe als seine eigene mittels 3%iger H_2O_2-Lösung und Chloroform. Schumacher behauptet, seine Probe als „einfach, aber sehr empfindlich" für den praktischen Arzt, der diese Reagentien immer in seiner Apotheke habe, bezeichnet zu haben. Außerdem bestreitet er die Zuverlässigkeit der H_2O_2-Probe Hechts, bei der erst noch Chloroform nötig wäre, was sich bei der Benzidinprobe infolge der starken Braunfärbung erübrige. Zum Schlusse weist Schu-

Digitized by Google

MACHER noch auf die allereinfachste Jodprobe hin: auf ein Stück Filtrierpapier eine Tablette oder ein paar Körnchen Ammoniumpersulfat zu legen und etwas Speichel oder ein paar Tropfen Urin darauf zu bringen, worauf sich durch das frei werdende Jod die Zellulose des Papiers sofort bläut. O. Lasch-Breslau.

Eine einfache Jodprobe, von HUGO HECHT-Prag. (M. Kl., 1916, Nr. 27.) HECHT empfiehlt zum Nachweis von Jod im Harn eine einfache und sehr empfindliche Probe im Harn, die er als Kontrolle für den Gebrauch von Jodnatrium bei Syphilitikern im Lazarett verwendet hat, und welche Jod noch in einer Verdünnung von 1:15000 nachweist: „Man nimmt zwei Reagenzgläser, gießt in jedes 12—15 ccm des zu untersuchenden Urins, füllt dann das eine Röhrchen mit 3%iger Wasserstoffsuperoxydlösung bis zu $^9/_{10}$ des Inhalts auf, das andere ebensoweit mit Wasser: in dem ersteren wird sich bei Anwesenheit von Jod im Harn in 2—3 Minuten eine Braunfärbung einstellen, die bei größeren Mengen gold- bis tiefbraun sein kann, bei geringeren Mengen deutlich wird durch den Vergleich mit dem anderen Reagenzglase oder bei weißem Hintergrund. Um ganz sicher zu gehen, schüttelt man mit Chloroform aus; dieses färbt sich beim Vorhandensein geringer Jodmengen blaßrot, auch wenn vorher keine deutliche Braunfärbung vorhanden war. HECHT erwähnt eine von SCHUMACHER im Jahre 1915 angegebene Jodprobe mit 1%iger alkoholischer Benzidinlösung; diese Probe bezeichnet HECHT als empfindlicher, aber ungleich komplizierter. O. Lasch-Breslau.

Mangandioxyd-Hydrosol bei äußerer Anwendung, von L. SARASON-Meran. (M. Kl., 1917, Nr. 48.) Verf. hat von warmen Bädern mit Mangandioxyd-Hydrosol gute Erfolge gesehen gegen das lästige Jucken bei Pernionen. Außer den Bädern empfiehlt SARASON das Bestreichen der von Frostbeulen befallenen Finger mit Mangandioxyd-Hydrosol-Firnis. O. Lasch-Breslau.

Merarsol — ein Ersatzpräparat für Enesol, von OTTO KREN-Wien. (Klin. ther. Wschr., 1916, Nr. 39/40.) Das Merarsol enthält analog dem Enesol sowohl das Quecksilber wie das Arsen organisch gebunden, ist zu etwa 4% in Wasser löslich und wird in 3%iger wäßriger Lösung in Ampullen zu 2 ccm in den Handel gebracht. Es kann die gleiche Toxizität angenommen werden. Es wurde eine störende Giftwirkung nicht ausgelöst bei einer jeden zweiten Tag vorgenommenen intramuskulären Injektion. Die spezifische Wirkung auf syphilitische Prozesse war keine energische, doch unverkennbar. Es ist ein vollwertiger Ersatz für das französische Enesol.

W. Chrzelitzer-Posen.

Über Modenol, von FREY. (D. m. W., 1916, Nr. 49.) Das Modenol, das an Stelle des französischen Enesols in den Handel gebracht wird, enthält 0,4% Hg und 0,6% As und ist eine wasserhelle Flüssigkeit, deren Einspritzung örtlich und allgemein sehr gut vertragen wird. F. beginnt mit 0.5 ccm der gebrauchsfertigen Modenollösung und steigt dann langsam bis zu 1 ccm. F. injiziert einen Tag um den anderen. Für eine Kur genügen im ganzen etwa 16 Spritzen. E. Brinitzer-Altona.

Moronal, von HARZBECKER. (Allg. m. Zztg., 1916, Nr. 50.) Moronal ist ein basisch formaldehydschwefligsaures Aluminium. Die Chemische Fabrik von Heyden, Dresden-Radebeul, hat dieses Präparat als Ersatz für Liquor Aluminii acetici hergestellt. Die therapeutische Wirkung ähnelt derjenigen des Liquor Aluminii acetici, hat jedoch den Vorzug, die Haut in keiner Weise zu mazerieren. Das Präparat wird in Tabletten zu 0,5 und 2 g abgegeben. H. hat mit 2%igen Lösungen gute Resultate erzielt, besonders als Gurgelwasser bei Anginen. E. Brinitzer-Altona.

Scharlachrot und Pellidol, von VICTOR L. NEUMAYER. (M. m. W., 1917, Nr. 20.) NEUMAYER teilt einen Fall von Milzbrandkarbunkel mit, bei dem nach längerer erfolgloser Anwendung der Pellidolsalbe durch Scharlachrot in fünf Wochen tadellose Heilung erzielt wurde. A. Witte-Bremen.

Über die Wirkung von Spermainjektionen, von T. A. VENEMA. (D. m. W., 1916, Nr. 46.) Wenn wir bei einem Tiere Sperma einführen, so entstehen unter anderem Antistoffe gegen das Sperma, Spermatotoxine. Ist es nun möglich, daß bei einem weiblichen Tiere die nach intraperitonealer Einspritzung von Sperma entstandenen Antistoffe imstande sind, eine Befruchtung zu verhindern? Verf. verfügt über zwei Kaninchenversuche, die dafür sprechen, daß ein immunisatorischer Zustand, eine „biologisch aufgeweckte Sterilität", für einige Zeit durch Spermainjektionen zu erzielen ist.

E. Brinitzer-Altona.

Digitized by Google

Angioneurosen.

Die zerebralen Begleiterscheinungen der Raynaudschen Krankheit, von J. H. Norman. (Lancet, 23. Dez. 1916.) An der Hand der Raynaudschen Originalarbeit und der übrigen Literatur über diesen Gegenstand bespricht der Verf. die zerebralen Störungen (Schwachsinn, Melancholie, Kopfschmerz usw.), die den lokalen Krankheitsprozeß meist begleiten, und führt kurz drei eigene Beobachtungen an. Sie betreffen Soldaten, bei denen im Anschluß an starke nervöse Erschütterungen im Felde Depressionszustände sich einstellten, verbunden mit lokaler Synkope und Asphyxie der Hände. Die Frage, ob die zerebralen Erscheinungen ebenfalls als Zirkulationsstörungen anzusehen oder ob beide durch andere Faktoren (Störungen der inneren Sekretion) hervorgerufen sind, ist zurzeit nicht zu entscheiden. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Hauterscheinungen nach Typhusschutzimpfungen, von J. Matko-Wien.) (W. kl. W., 1916, Nr. 45.) Nach der Berücksichtigung der lokalen Reaktion nach Typhusimpfungen wird das Vorkommen von Herpes labialis und Roseola erwähnt. Skarlatina- und masernähnliche Exantheme wurden selten beobachtet, sie traten einen Tag nach der zweiten Impfung auf. Die Roseolen entwickelten sich rasch in geringen Schüben und verschwanden bald. Ihr Ausbruch erfolgte am 1.—6. Tage nach der Impfung. Histologisch fand sich ein Ödem vereinzelter Papillarkörper mit Leukozytenanhäufung um die Gefäße, vielfach konnte ein Übergreifen des Ödems auf die Epidermis und in einzelnen Fällen auf die des tieferliegenden Schweißkanals bemerkt werden. Nur in einem Falle bot die Roseola ein ähnliches Bild dar, wie es Fränkel bei der echten R. typhosa beschrieben hat, weil der Patient allem Anschein nach im Beginn der Typhuserkrankung geimpft war. Außerdem wurden im Anschluß an die Typhusvakzination Erythema nodosum-artige Eruptionen beobachtet und histologisch untersucht.
H. Vörner-Leipzig.

Toxisches Exanthem im Verlauf von Typhus abdominalis, von Schöppler. (M. m. W., 1917, Nr. 29.) Bei einem bakteriologisch sichergestellten Typhusfall traten in den ersten Krankheitstagen unregelmäßig über den ganzen Körper verteilte hellrote bis linsengroße Flecken auf. Nach einigen Tagen mehr flächenhafte Ausbreitung des Exanthems in Quaddelform von Fünf- bis Zehnpfennigstückgröße. Vom 8. Krankheitstage verschwindet das Exanthem ohne Hautschuppung oder Pigmentierung. Die Erkrankung wird als toxisches Exanthem aufgefaßt, das durch Typhuserreger entsteht, die in die Blutwege gelangen und dort nach Auflösung durch die freiwerdenden Toxine wirken, ähnlich wie bei der Typhusroseola. A. Witte-Bremen.

Über Exantheme bei Cholera asiatica, von Leopold Arzt. (M. m. W., 1917, Nr. 29.) Bericht über vier Fälle. Das Exanthem tritt zunächst als kleine, meist braunrote Flecke, die stets konfluieren, auf. Die Lokalisation war in den einzelnen Fällen verschieden, zweimal waren die Beugeseiten der Arme befallen, zweimal die Gegend der Rippenbogen, einmal das Abdomen und die Vorderseite. Gesicht, Hals, Hände, Unterschenkel und Füße blieben stets frei. Hämorrhagische Veränderungen zeigte ein Fall in Form von kleinen punktartigen Blutungen, in allen Fällen fehlte jeder Juckreiz.
H. Vörner-Leipzig.

Experimentelle Beiträge zur Buchweizenerkrankung (Fagopyrismus) der Tiere, von Louis Merian-Zürich. (Arch. f. Anat., Phys., Phys. Abt., 1915.) Aus den Versuchen ergibt sich: Die Buchweizenkrankheit läßt sich bei Kaninchen und Meerschweinchen sowohl mit blühendem als auch mit grünem Buchweizen hervorrufen. Die Erscheinungen des Fagopyrismus machen sich nur an den weißen Abzeichen der Tiere bemerkbar. Sie bestehen in Rötung, Schwellung, Blasenbildung, Nekrose der Haut und Haarverlust. Die im Dunkeln gehaltenen und mit Buchweizen gefütterten Tiere zeigen keine Hautveränderungen. Das Auftreten der Hauterscheinungen geht mit dem Sonnenschein proportional, d. h. je mehr Sonnenschein, desto rascher treten bei den Versuchstieren an den weißen Abzeichen Hautveränderungen auf. Aus weiteren Versuchen ergab sich, daß im Rot- und Blaufilter die Hauterscheinungen nicht auftreten. Durch Filtration der Lichtstrahlen (Rot- und Blaufilter) ist es möglich, die weißen Hautpartien vor den Erscheinungen des Fagopyrismus zu schützen. Die rote Farbe ist ebenfalls als Schutzfarbe aufzufassen; durch die Einwirkung des Lichtes kann das Rotfilter seine Farbe verlieren und heli werden. Das Tier kann dann an den Erscheinungen des Fagopyrismus erkranken. Der Aufenthalt an einem dunkeln Ort schützt gegen die Erscheinungen des Fagopyrismus. Das elektrische Bogenlicht und die Röntgenstrahlen, die in den verabfolgten Dosen auf der menschlichen Haut Veränderungen hervorzurufen

Digitized by Google

imstande sind, konnten an den mit Buchweizen gefütterten Tieren keine Erscheinungen des Fagopyrismus auslösen. Das Quarzlicht scheint in seiner Wirkung dem Sonnenlicht am nächsten zu kommen. Mehrere Tage anhaltender, ununterbrochener Sonnenschein vermag bei weißen und weißgescheckten Meerschweinchen Vergiftungserscheinungen auszulösen, die denjenigen einer akuten Intoxikation gleichen. Meerschweinchen, bei welchen die Haare künstlich gefärbt wurden, erkrankten weder an den soeben geschilderten Erscheinungen einer akuten Intoxikation, noch an Hautveränderungen.
O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Über Luminal-Exantheme, von H. Strauss-Berlin. (Ther. Mh., 1917, Nr. 8.) Verf. nimmt Stellung zu den auch von anderer Seite beobachteten Arzneiexanthemen nach Luminalgebrauch. Er hat in zwei Jahren nicht weniger als fünfmal ein mehrtägiges juckendes, morbilliformes oder skarlatiniformes Exanthem beobachtet (in einem Falle erfolgte am Schluß auch Abschuppung). Da die Befallenen durchweg Herz- und Gefäßkranke waren, so hält Verf. für die Entstehung das zirkulatorische Moment — möglicherweise auf dem Umwege der Nieren? — von besonderer Bedeutung; die Tatsache ferner, daß bei zwei Fällen mit dem Erscheinen des juckenden Exanthems auch Temperatursteigerungen auftraten, erinnert Verf. an anaphylaktische Vorgänge analog denen bei den Serumexanthemen. E. Klemm-Leipzig.

Die Pellagra, von Louis Sambon. (Presse méd., 1916, Nr. 70.) In einem Vortrage gibt Verf. zunächst einen historischen Überblick über die Entwicklung unserer Kenntnisse der Pellagra, um dann näher auf deren Ätiologie einzugehen. Er weist auf die Gründe hin, die gegen die Maistheorie sprechen: Alter der Krankheit, geographische Verbreitung, Versagen der prophylaktischen Maßnahmen, die auf der Maistheorie basieren, und die Rezidive, die mit der toxischen Ätiologie nicht übereinstimmen. Schließlich geht Verf. auf seine Untersuchungen ein, um zu begründen, warum er annimmt, daß die Pellagra durch Insektenstiche übertragen wird. R. Frühwald-Leipzig.

Pellagra. Eine kritische Studie, von John Auldr. (M. Record, 29. Juli 1916.) Der Verf. berichtet über Diätversuche, die von Staats wegen in Amerika zur Klärung der Frage, inwieweit die Diät für das Entstehen von Pellagra verantwortlich ist, angestellt wurden. Es wurden in zwei verschiedenen Anstalten, in der einen von Pellagra freien Anstalt versucht, experimentell Pellagra durch Änderung der Diät zu erzeugen, und in der anderen, einer zum Teil mit Pellagrakranken belegten Anstalt, durch eine Änderung der Diät die Pellagra zur Heilung zu bringen. Zur experimentellen Hervorbringung der Pellagra wurde eine Diät mit ausschließlich stärkehaltigen Nährmitteln und gänzlich ohne Fleisch gereicht. Zur Heilung der Krankheit wurde ein halbes Pfund Fleisch täglich mit Gemüse gegeben und der stärkehaltige Nahrungsanteil reduziert. Es stellte sich heraus, daß im ersten Falle sechs Fälle von Pellagra auftraten, die sich zuerst in Darmstörungen, mit Appetitlosigkeit, Gewichts- und Kräfteabnahme, dann in nervösen Symptomen und zuletzt im Auftreten einer typischen Hauteruption äußerten. Im zweiten Falle wurde durch die fleischhaltige Diät eine Heilung bzw. Besserung sämtlicher pellagrakranken Insassen erzielt. Der Verf. glaubt aber, daß nicht die Diätzusammensetzung als solcher ein Wert für die Entstehung der Pellagra zukommt, sondern er glaubt, daß die Ursache derselben lediglich in einem Verlust des Körpers an Mineralsalzen, in einer Demineralisation zu suchen ist und weist durch Berechnung des Mineralgehalts der in beiden Fällen verabreichten Diät nach, daß tatsächlich durch die bei der experimentellen Erzeugung der Pellagra verabreichten Diät eine Demineralisation hervorgerufen wird. A. Gunsett-Straßburg.

Pellagra. Ihre Ätiologie und ihre Behandlung, von Yarbrough-Columbia. (M. Record, 2. September 1916.) Der Verf. faßt die Pellagra als das Resultat einer Autointoxikation auf, welche durch eine reine Kohlehydratkost bei vollständigem Fehlen von Protein zustande kommt. Diese Kohlehydratmengen werden im Magen rasch in das, was der Alkoholbrenner „sauren Brei" nennt, verwandelt. Die Produktion dieses „sauren Breies" dreimal täglich im Magen verändert die Resorptionsvorgänge derart, daß dieses gärende Material direkt, ohne die gewöhnlichen chemischen Veränderungen zu erleiden, in die Zirkulation übergeht. Das Resultat davon ist der unter dem Namen Pellagra bekannte Symptomenkomplex. Will man eine Heilung dieser Krankheit erzielen, so müssen die Kohlehydrate unter jeder Bedingung aus der Nahrung entfernt werden. Und jede Diätregelung ist unnütz, wenn sie noch Kohlehydrate, sei es auch in noch so geringer Menge, enthält. Außerdem soll verdünnte Salpetersäure, 30 oder 40 Tropfen in einem Glas Wasser, eine Stunde vor der Mahlzeit genommen werden. Ohne dieses Mittel ist auch die beste Regelung der Diät erfolglos. A. Gunsett-Straßburg.

Digitized by Google

Die Ätiologie der Pellagra, von B. W. Page. (M. Record, 13. November 1915.) Verf. hat in weiteren 600 Stühlen von 158 Pellagrösen den von ihm beschriebenen Bazillus gefunden und glaubt, ihn als den Erreger der Pellagra ansprechen zu dürfen.
R. Frühwald-Leipzig.

Ätiologie und Behandlung der Pellagra, von H. E. Bond-Kingston-Jamaika. (M. Record, 6. Mai 1916.) Nach der Ansicht des Verfassers ist die Pellagra mit der Addisonschen Krankheit verwandt. Die ätiologisch verantwortlichen Bakterien sind im Darm zu suchen, wie dies aus dem Jadol- und Skatolgehalt hervorgeht. Dann wird zunächst das sympathische und zentrale Nervensystem beeinflußt. In den Sonnenstrahlen sind aktinische Anteile, welche durch Reizung der Haut bei der Pellagra die Hautveränderungen verstärken können. Daß diese Annahme richtig ist, geht aus der guten therapeutischen Wirkung der innerlich gegebenen Darmantiseptika und der äußerlichen Verwendung von Schutzsalben hervor.
A. Gunsett-Straßburg.

Histologischer Befund in den Roseolen der Haut bei Wolhynischem Fieber, von Alexander Schmincke. (M. m. W., 1917, Nr. 29.) Die Roseolen wurden lebenswarm in 10%iger Formollösung fixiert. Es fand sich eine Erweiterung und starke Blutfüllung der Arteriolen des Stratum papillare und reticulare; um die Arteriolen zellige Infiltration aus Lymphozyten und vereinzelten Leukozyten; das perivaskuläre Gewebe ist ödematös; in den Lumina der Arteriolen Leukozyten und solche auf der Durchwanderung durch die Gefäßwand. Bakterien und Spirochäten (Giemsa und Levaditi) nicht aufzufinden. Die vorliegenden Veränderungen sind vorwiegend entzündlich exsudativ.
A. Witte-Bremen.

Pathologische und therapeutische Studie eines Falles von Riesenurtikaria, von Pagniez und Pasteur Vallery-Radot. (Presse méd., 23. Nov. 1916.) Die Versuche, welche die Verfasser in vorliegender Arbeit beschreiben, wurden an einem 29jährigen Kranken angestellt, der seit über einem Jahre an chronischer Urtikaria litt. Die Urtikaria trat bei diesem Patienten sowohl nach Einnahme von tierischem als von pflanzlichem Eiweiß auf und war bisher ohne allen Erfolg behandelt worden. Zunächst versuchten die Verfasser festzustellen, ob nach der Einnahme von pflanzlichem Eiweiß sich die beiden anaphylaktischen Hauptphänomen in der Zirkulation und im Blut nachweisen ließen, nämlich die Leukozytenverminderung und das Sinken des Blutdrucks. In der Tat, eine halbe Stunde nach Einnahme eines aus Brot, Kartoffeln, Bananen, Vichywasser und Wein bestehenden Frühstücks trat Pruritus auf, sodann sechs Stunden später sank die Leukozytenzahl von 5600 auf 2800 und der Arterienblutdruck von 9 auf 7,5, und eine Stunde später war der Urtikariaausbruch da. Dies ist die regelmäßig beobachtete Aufeinanderfolge der Erscheinungen. Derselbe Versuch wurde später auch mit tierischem Eiweiß gemacht, und in der Tat traten dieselben Erscheinungen nach einer aus mehreren Eiern und Milch bestehenden Mahlzeit in derselben Weise auf. Nach der Widalschen Auffassung sind es lediglich die Eiweißstoffe, welche den Urtikariaausbruch mit den vorhergehenden Erscheinungen des Blut- und Zirkulationsapparates hervorrufen. Gibt man den Kranken nur Zucker, so bleiben diese Phänomene ganz aus, ja man findet dann die gewöhnliche Verdauungsleukozytose und Blutdruckvermehrung. Dies war auch bei dem hier beobachteten Patienten der Fall. Außerdem zeigte der Patient noch während seiner Krisen eine Vermehrung der Gerinnungsgeschwindigkeit des Blutes, aber keine Veränderung des Pulses, der Temperatur, des Urins oder der Anzahl der roten Blutkörperchen. Bekanntlich ruft bei einem anaphylaktischen Tiere die Einspritzung einer Dosis n derjenigen Substanz, gegen welche das Tier sensibilisiert ist, sofort den Ausbruch der anaphylaktischen Erscheinungen hervor. Spritzt man dem Tiere aber nur einen sehr geringen Bruchteil dieser Dosis n ein, z. B. $^1/_{100}$ n, so kommen die anaphylaktischen Erscheinungen nicht zustande, ja das Tier wird sogar gegen die Dosis n immunisiert. Man nennt diesen Vorgang die „Antianaphylaxie". Die Verfasser benutzten diese Tatsache in ihrem Falle für einen therapeutischen Zweck. Sie gaben dem Kranken vor seiner Mahlzeit eine geringe Menge derjenigen Nahrungsmittel zu essen, von denen sie wußten, daß sie bei demselben Urtikaria hervorrufen, um ihn dadurch gegen seine Hauptmahlzeit zu immunisieren. Und in der Tat, wenn der Kranke um 9 Uhr 30 2 g Brot und 6 g Kartoffeln aß, so vertrug er um 10 Uhr 30 200 g Kartoffeln, 100 g Bohnen, 2 Bananen, 200 g Brot und 250 g Wein, ohne darauf mit Urtikaria zu reagieren.
A. Gunsett-Straßburg.

Zur Ödemfrage, von Hans Eppinger und Georg Steiner-Wien. (W. kl. W., 1917, Nr. 2.) Auf Grund verschiedener Überlegungen kommen die Verfasser dazu,

Digitized by Google

Schilddrüsensubstanz in jenen Fällen von chronischen Ödemen zu verwenden, wo sich die üblichen Kardiaka und Diuretika als völlig unwirksam erwiesen hatten. Es wurde als Anfangsdosis eine Tablette (0,3 Schildrüsentrockensubstanz) gegeben, bei gutem Vertragen eventuell das Dreifache. Die sicheren Klappenfehler eignen sich nicht für diese Therapie, wohl aber die Ödeme infolge einer Nephritis. Eine Anzahl von Kurven dienen dazu, ihren Erfolg zu erläutern. Die Behandlung von Ödemen im Anschluß an echte Nephrosen (Amyloidniere) zeitigt die besten Erfolge. Auch bei den echten Nephritiden sind mitunter gute Resultate zu verzeichnen. In einigen Fällen zeigte sich allerdings ein stärkeres Hervortreten der Hämaturie. Bei kardialer Wassersucht (arteriosklerotische Schrumpfniere) wurde von dieser Behandlung abgesehen. Ödeme mit hohem Blutdruck bilden eine Kontraindikation. Auch bei den sicheren Zeichen einer Urämie möchten die Verfasser vor einer Thyreoidzufuhr warnen. Tierversuche ergaben den bedeutenden diuretischen Wert einer Thyreoidverabreichung. Ein Wasserquantum, das innerhalb einer gewissen Zeit beim normalen Tiere ausgeschieden wird, kann nach Schilddrüsenfütterung rascher und intensiver ausgeschieden werden. Umgekehrt ist beim thyreopriven Tiere die Diurese geringer als beim normalen. Kochsalz verläßt den Körper schneller, wenn Schilddrüse gefüttert wird, und wird stärker zurückgehalten, wenn die Drüse exstirpiert wurde. Beobachtungen an schilddrüsenkranken Menschen zeigen, daß der Basedowiker die Neigung hat, Kochsalz rasch zu eliminieren, ganz im Gegensatz zum Myxödem. Bei Nephritis ist die Ausscheidung verlangsamt, bei subkutaner Zufuhr des Kochsalzes noch mehr als bei einer solchen per os. Die Verfasser stellen sich vor, daß bei der Nephritis nicht nur die Endothelien der Glomeruli für Albumen permeabel werden, sondern daß auch an anderen Stellen, z. B. im Unterhautzellgewebe, Eiweiß aus dem Blutplasma in die Gewebsflüssigkeit übertreten kann. Unter dem Hinweis, daß Kolloide quellen und in diesem Zustande Wasser und Salze binden können, halten die Verfasser es für verständlich, daß wegen diesen atypischen Durchtretens von Eiweißmolekülen das Ödem der Nephritis eine Erklärung finden könnte. Die Ödeme bei Nephritis ließen sich gleichsam auf eine Albuminurie ins Gewebe zurückführen.

H. Vörner-Leipzig.

Ödemkrankheit, eine analbuminurische Nephropathie, von Margan Franke-Lemberg. (W. kl. W., 1917, Nr. 32.) Der Verfasser fand bei solchen Patienten eine Funktionsstörung der Niere (Milchzucker, Jodausscheidung). Er qualifiziert dieselbe als eine (Hypo-) Adynomie der Nieren. Das Krankheitsbild, von welchem die Funktionsstörung ein Teilsystem darstellt, ist nach ihm eine vaskuläre Nephropathie.

H. Vörner-Leipzig.

Über den Chemismus verschiedener Ödemformen, von W. Falta und M. Quittner-Wien. (W. kl. W., 1917, Nr. 38.) Die Verfasser beschäftigen sich zunächst mit dem Ödem bei Diabetes. Die Ödembildung beruht hier auf einer starken Zurückhaltung der Chloride. Dieselben häufen sich nicht wie beim Normalen im Blute an, sondern wandern ins Gewebe, während die Ausscheidungsprodukte wie Harnsäure, Harnstoff usw. zum großen Teil im Körper zurückgehalten werden. Da Natriumbikarbonatzufuhr den Chloridgehalt des Blutes erhöht, so erzeugt dieselbe beim Diabetiker Ödem. Die Kriegsödeme beruhen auf einer enormen Ausschwemmung von Chloriden, während die Stickstoff- und Harnsäureausscheidung unbeeinflußt bleibt. Durch Natriumbikarbonat werden geradeso gut Ödeme erzeugt wie beim Diabetes. Beim Stauungsödem leidet der Abtransport der Stoffwechselschlacken. Um die osmotische Spannung im Gewebe aufrechtzuerhalten und die Stoffwechseleingänge der Zelle nicht zu gefährden, wird eine entsprechende Menge Wasser zurückgehalten.

H. Vörner-Leipzig.

Zur Pathologie der Ödemkrankheit, von A. Schiff. (W. m. W., 1918, Nr. 48.) Bericht über 824 Fälle. Nähere Mitteilungen über Symptome, Verlauf, Genese und Therapie der Krankheit.

H. Vörner-Leipzig.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tannzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

22. Juni 1918 | Nr. 25 | Band 66

Über die provokatorische Wirkung der Joddämpfe als Kriterium der Gonorrhoeheilung und ihre Verwertung bei der Demobilisierung.

Von

Priv.-Doz. Dr. J. Odstrčil, k. u. k. Stabsarzt, z. Z. i. F.

Die ärztlichen Erfahrungen, welche man während des jetzigen Krieges an einem großen Menschenmaterial bei verschiedenen Krankheiten — in ätiologischer, diagnostischer und therapeutischer Hinsicht — zu sammeln vielfach Gelegenheit hatte, werden auch bei der Demobilisierung oftmals Nutzen bringen können. In nachfolgenden Zeilen erlauben wir uns über den Wert einer neuen verschärften provokatorischen Maßnahme, die für die Diagnose und Kontrolle der Ausheilung der Gonorrhoe sich uns bewährt hatte, zu referieren.

Während der Kriegsdauer hat jede Armee ihr eigenes, venerisches Zentralspital, und im Hinterlande hat jedes Militärkommando mindestens eine solche Sanitätsanstalt zur Verfügung. Werden bei der Demobilisierung die Armeespitäler aufgelöst, so müssen die Zentralspitäler des Hinterlandes für die zuwachsenden venerischen Kranken entweder bedeutend erweitert oder neue aufgestellt werden. Denn mit vollem Recht besteht bekanntlich die Anordnung, daß sämtliche während des Krieges in einem venerischen Spitale behandelten Militärpersonen einer neuerlichen, gründlichen Kontrolle bei der Demobilisierung unterworfen werden müssen. Die wichtigste Aufgabe der Spezialärzte wird nun darin bestehen, festzustellen, ob der frühere Krankheitsprozeß nicht vielleicht noch als latent infektiös fortdauert, denn die völlige sichere Ausheilung eines jeden ist für die Erhaltung der Volksgesundheit von eminenter Wichtigkeit. Jeder gewissenhafte Patient, der einmal Gonorrhoe oder Lues durchmachte und in ein venerisches Spital bei der Demobilisierung zur nochmaligen Kontrolle gewiesen wird, wird selbst einsehen, daß er sich einem strengen, eingehenden und gewissenhaften ärztlichen Verfahren ohne Murren und Zagen unterziehen muß. Doch es wird auch viele Widerspenstige geben. Sicher wird es auch dazu kommen, daß uns viele Kranke, um sich der neuerlichen Spitalsaufnahme zu entziehen, mit Bitten und Versprechen, sie würden sich bei guten Spezialisten privatim sofort nach ihrer Entlassung behandeln lassen, bestürmen werden. Doch darf uns das nicht beirren; wir können den Patienten nicht eher aus der Spitalsbehandlung entlassen, bevor wir uns die Überzeugung verschafft haben, daß die Entlassung ohne Nachteil für seine und seiner Angehörigen Gesundheit möglich ist.

Auf keine andere Erkrankung wird, nicht nur seitens des Volkes, sondern auch in besseren Kreisen, so wenig Gewicht gelegt, und keine

Digitized by Google

wird so leicht genommen wie die Venerie. Vielen Patienten genügt es, wenn bei ihnen nur die sichtbaren Erscheinungen (wie Ausfluß, trüber Harn) ausbleiben; das ist auch meist der Grund, daß es so viele chronische Gonorrhoen gibt. In jedem solchen Falle muß also ein gewissenhafter Arzt sich bemühen, festzustellen, ob eine tatsächliche Ausheilung der Gonorrhoe stattgefunden hat, oder ob die Erkrankung in einem chronisch latenten Stadium, wie es bei den meisten ehemaligen Gonorrhoikern der Fall ist, fortdauernd zur frischen Ansteckungsquelle werden kann, sobald das infektiöse Sekret, auf welche Art immer, auf neuen Nährboden gelangt.

Der Vorgang bei der Untersuchung wäre beiläufig folgender: Jeder Patient hat seinen frisch gelassenen Harn von 4—6 Stunden her bei der Urinvisite in 2—3 Portionen vorzuweisen, nachdem vorher die Urethra durch einen Arzt auf Anwesenheit von Sekret untersucht wurde. Nachher ist an 3—4 nachfolgenden Tagen jedes Sekretpräparat nach GRAM gefärbt zu untersuchen, weil man bei diesen chronischen Fällen neben typischen intra- und extrazellulären Gonokokken, noch GRAM-positive Kokken, Streptobazillen und zahlreiche Bakterienflora zu sehen pflegt.

Hat der Patient kein Sekret, so sind aus dem Harn dicke Fäden und grobe Flocken zur Untersuchung zu verwenden, oder sind solche nicht vorhanden, so müssen die kleinen, in einem Spitzglase sedimentierten Flocken mikroskopisch untersucht werden.

Auch darf man nicht vergessen, daß an der Unterhaltung der chronischen Gonorrhoe oft latente, chronische Prostatakatarrhe mit positivem Gonokokkenbefund schuld sind, obzwar sie vielmals einen klaren Harn in der 2.—3. Portion liefern; und doch sind diese alten katarrhalischen Veränderungen diejenigen Herde, von denen neue Infektionen ihren Ausgang nehmen.

Durch wiederholte ausgiebige Prostatamassagen soll man sich überzeugen, ob etwas Sekret zum Vorschein kommt; ist dies nicht der Fall, so ist eine Blasenspülung vorzunehmen und nach der Massage die Spülflüssigkeit zu sedimentieren oder für ein mikroskopisches Präparat zu zentrifugieren. Hat man es mit chronischen, follikulären und parenchymatösen Prostatitiden zu tun, bei denen auf einfache Fingermassage keine Sekretion zu erzielen ist, so führt man in die Urethra eine entsprechend starke Metallsonde ein und massiert per rectum leicht die Prostatalappen, um etwas Sekret zu gewinnen.

Ist auf diese angeführte Weise kein Sekret erreichbar und zeigen die stets vorhandenen groben wie die kleinen Flocken negativen mikroskopischen Befund in etwa 8—10 Präparaten, so dürfen wir uns damit allein nicht zufrieden geben. In solchen Fällen sind unbedingt noch provokatorische Eingriffe anzuschließen, weil diese uns zu vergewissern imstande sind, ob auch danach der Reiztropfen gonokokkenfrei geblieben ist. Die Urethralschleimhaut reagiert auf verschiedene Reizmittel verschieden rasch; deshalb sind nicht nur Sekrete, die 8—10 Stunden nach der provokatorischen Maßnahme auftreten, aufzufangen, sondern es sind auch noch jene, die erst am 2.—5. Tage erscheinen, zu mikroskopieren. Erst nach dieser eingehenden, stets negativ gebliebenen Untersuchung kann man beruhigt den Patienten zur Entlassung beantragen.

Digitized by Google

Welche provokatorischen Eingriffe werden zu diesem Zwecke am meisten geübt? Vor allem werden konzentrierte anorganische Silberlösungen, abwechselnd mit organischen, benutzt, dann wird häufig das Einlegen von kalten oder auf elektrischem Wege erhitzten Sonden mit nachfolgender Massage der Urethra oder Prostata in Anwendung gebracht. Diese drei Methoden sind schon lange praktiziert worden; in neuerer Zeit, so seit 8 Jahren, werden bei der chronisch-latenten Gonorrhoe als provokatorische Maßnahme intravenös oder intraglutäal polyvalente Gonokokkenvakzineinjektionen verabreicht, um eine vermehrte Sekretion dort zu provozieren, wo ein alter, versteckter Prozeß schlummert; man sucht so die Versicherung zu erlangen, ob der Untersuchte dauernd gonokokkenfrei ist oder nicht; natürlich ist es auch hier nötig, die künstlich erzeugte, vermehrte Sekretion einige Male nacheinander in mehreren nach Gram gefärbten Präparaten zu revidieren.

Wer sich viel mit den provokatorischen Reizmethoden beschäftigt hat, der wurde durch die Tatsache belehrt, daß bei einem Patienten der chemische, beim zweiten besser der mechanische oder thermische und beim dritten wieder nur der biologische Reizungsvorgang zum Ziele geführt hat, weil man wahrscheinlich den individuellen Eigenschaften der Urethralschleimhaut und der Gonokokkenstämme Rechnung tragen muß. Aus den gemachten Erfahrungen folgt, daß in den meisten Fällen die Notwendigkeit eintritt, daß wir die einzelnen provokatorischen Maßnahmen eine nach der anderen ausprobieren, von der einfachen zur komplizierten übergehend. Hervorzuheben ist jedoch a priori, daß die provokatorischen Vakzineinjektionen den großen Vorteil haben, daß man sie mit den anderen Reizmitteln zu gleicher Zeit anwenden kann, womit man vermutlich eine energischere Wirkung erzielen kann. Andererseits ist wieder damit zu rechnen, daß der Vorrat an Vakzine nicht unerschöpflich und die Nachschaffung nicht immer leicht ist.

Aus allen diesen angeführten Gründen kann es nur von Vorteil sein, wenn wir über einen neuen einfachen Eingriff berichten können, der sich als **verschärfter Maßstab** für die Beurteilung der Ausheilung einer chronischen latenten Gonorrhoe sehr zweckdienlich erwiesen hat. Es ist dies die provokatorische Kraft **des Jods „in statu nascendi"**.

Meine Versuche mit Joddämpfen habe ich im Jahre 1913—1914 begonnen und über das erzielte Resultat auf dem V. Kongreß böhmischer Ärzte und Naturforscher im Juni 1914 einen Vortrag gehalten, aus dem ich nur ganz kurz meine Erfahrungen zu rekapitulieren mir erlaube. Schon damals äußerte ich die Ansicht, daß dieses Medikament nicht so sehr bei subakuten, als vielmehr bei chronischen männlichen und weiblichen Gonorrhoen eine heilende und auch bakterizide Wirkung zu entfalten imstande ist; zugleich konnte ich die Beobachtung machen, daß seine **vorzüglichste** Bedeutung in dem provokatorischen Effekt der Gonokokkenausreizung bei den latenten Fällen gipfeln dürfte. Meine begonnene Arbeit konnte ich erst im Jahre 1917 fortsetzen, und so wie damals wurden wir auch jetzt von dieser auffallenden Eigenschaft des Jods überrascht. Nach Anwendung

Digitized by Google

der Joddämpfe konnten wir dort plötzlich Gonokokken entdecken, wo wir sie in 4—6 mikroskopischen Präparaten nach den gewöhnlichen Provokationen nicht mehr gesehen haben und wo wir sie niemals mehr zu finden erwarteten.

Ende 1912 wurden mir die Publikationen Professor Jungengels bekannt, in denen er mitteilt, daß es ihm nach 22jährigen Bemühungen endlich gelungen ist, statt der Jodtinktur, das Jod „in statu nascendi" in Form von Dämpfen hauptsächlich für chirurgisch-therapeutische Zwecke erfolgreich zu verwerten. Daraufhin faßte ich den Entschluß, die Verwendbarkeit der Joddämpfe in der Therapie der Gonorrhoe zu prüfen. Jod in Substanz ist ein sehr flüchtiges Medikament, das schon bei Zimmertemperatur langsam verdampft; es siedet bei 180° C unter Entwicklung schwerer, braunblauvioletter Dämpfe.

Jungengel trachtete mittels eines eigens konstruierten Apparates die durch eine regulierbare elektrische Wärmevorrichtung rasch erzeugten Dämpfe unmittelbar auf den Krankheitsherd zu leiten. Eine starke Platinspirale wird heißgeglüht in einem hohlen, aus Stabilit verfertigten Handgriff, der mit einem elektrischen Anschluß und einem Gebläse versehen ist. Mit dem Gummigebläse wird die erwärmte Luft über das Jod in Substanz getrieben, das in einem kleinen Behälter untergebracht ist. Die winzige Jodkammer ist mit einem gut eingeschliffenen Glasstempel dicht verschlossen; damit die sich entwickelnden Joddämpfe aus der Kammer entweichen können, hat der Stempel eine knieförmig gebogene, mit einem feinen Platinsieb versehene Bohrung, welche in ein schnabelförmig gestaltetes, längeres, gläsernes Mündungsrohr des Behälters führt; durch letzteres treten die Dämpfe aus. Auf diesen Glasfortsatz können mittels Gummirohr, das einen gemeinsamen Konus trägt, verschieden lange und verschieden kalibrierte Metallansätze aufgesetzt werden, je nach der Stelle, auf die man die Dämpfe zu applizieren gedenkt. Der Apparat funktioniert präzis und rasch; jedoch mit ihm ohne Assistenz zu arbeiten ist wegen seines Gewichtes nicht möglich oder mindestens zu umständlich. Zur Gebrauchsfähigkeit ist ein Akkumulator oder ein Anschluß an eine elektrische Leitung nötig, auch steht er sehr hoch im Preis und ist seit langer Zeit nicht mehr am Lager.

Als ich im Jahre 1917 wieder eine venerische Abteilung übernahm, ging ich daran, meine im Jahre 1913 begonnenen Versuche fortzusetzen. Um dies verwirklichen zu können, mußte ich mir mit einer Improvisation des Jungengelschen Apparates aushelfen.

Nach mancherlei Bemühungen habe ich mir zu diesem Zwecke folgende Vorrichtung ausgesucht. Ich verschaffte mir eine größere Glaskugel, die an einer Stelle ein Näpfchen für die Aufnahme des Jods in Substanz und an der entgegengesetzten ein kapillares Ausmündungsröhrchen trägt, weiter ist auf der Kugeloberfläche eine mit einem Stöpsel verschließbare Öffnung zum Einschütten des Jods und ein fingerdickes Ansatzröhrchen für ein Gebläse vorhanden; im Inneren der Kugel sind mehrere, fein zugespitzte Kapillarsysteme senkrecht zueinander gestellt wie bei einem Inhalationsapparat. Das ins Näpfchen gebrachte Jod wird über der Flamme oder in heißem Wasser allmählich stark erwärmt; schon nach wenigen Kompressionen des Ballongebläses treten die Joddämpfe

Digitized by Google

nach Passieren der Kapillarröhrchen beim Mündungsrohr heraus. In die Urethra anterior kann man die Dämpfe einblasen, indem man sie durch einen in die vordere Urethra eingeführten Ultzmannschen Katheter treibt; will man jedoch in den hinteren Teil der Harnröhre oder in den Blasenhals die Dämpfe applizieren, so dienen dazu der Guyonsche oder Nelatonsche Katheter. Beim langsamen Einführen eines dieser Instrumente geben die Patienten gewöhnlich ganz genau die erkrankte Urethrastelle an, worauf man diese mittels 15—20 Kompressionen des Ballons, bei Abschluß der Urethramündung, mit Dämpfen reichlich beschicken kann. Durch den Luftstrom wird bei dieser Vorrichtung die ganze Urethra weit ausgedehnt — die Schleimhautfalten glätten sich, die Drüsenmündungen klaffen, die Lakunen erweitern sich —, so daß die Joddämpfe besser und leichter als alle anderen Medikamente in alle Nischen, Buchten und Gänge eindringen und ihre Wirkung entfalten können; jede einzelne wunde Partie wird für sich so behandelt. Vor dem Einführen des Instruments in die Harnröhre hat man zu kontrollieren, ob die Entwicklung der Dämpfe im Gange ist; man probiert also früher an einer feuchten Oblate oder an einem Stückchen feuchter Gaze aus, ob sich die Dämpfe durch violette Verfärbung markieren. Diese Improvisation ist handlich, leicht, billig zu haben und kann jederzeit in Betrieb gesetzt werden, da Jod, Flamme und eine Metalluftpumpe statt eines Gummigebläses bald zu beschaffen sind.

Als ich im Besitze dieses Instrumentariums war, begann ich sofort meine Versuchsreihe fortzusetzen. Meine Erfahrungen stützen sich auf die Beobachtung von 256 joddampfbehandelten Fällen von chronischer Gonorrhoe. Wir gehen folgendermaßen vor: solange Ausfluß besteht, wird mit antiseptischen, später mit adstringierenden Flüssigkeiten gespült; ist kein Sekret mehr vorhanden, sondern nur leicht wolkiger Harn mit Eiterflocken, so beginne ich mit allmählich steigenden tiefen Kupfer-, Lapis-Albargin- und Protargolinstallationen zu behandeln und mit noch stärkeren zu provozieren. Verbleibt das Reizsekret in 4—5 Präparaten negativ, so führe ich Sonden zur Massage der Urethra und Prostata ein. Verändert sich auch diesmal der mikroskropische Befund in weiteren 2—3 Untersuchungen nicht, so gebe ich mich auch damit keineswegs zufrieden, sondern nehme meine Zuflucht zu dem sehr energischen Eingriff — zum Einführen der Joddämpfe in die Urethra — und warte noch das Resultat dieser Maßnahme ab. Kommen auch auf 2—3malige Anwendung dieser verschärften Reizmethode keine Gonokokken zum Vorschein, und sind auch nur wenige Eiterzellen im mikroskopischen Bild sichtbar, so ist der Fall als ausgeheilt und nicht mehr infektiös zu betrachten.

Zu dieser Behauptung fühle ich mich aus dem Grunde berechtigt, weil bei solchen Kranken fast niemals vorgekommen ist, daß bei ihnen durch nachträgliche Vakzination im provozierten Sekret noch Gonokokken zu finden gewesen wären. Ebenso war es andererseits auch nur ein Ausnahmefall, wenn durch spätere Joddämpfeapplikation positiver Befund nachgewiesen werden konnte, trotzdem vorher die Vakzineinjektionen keine Gonokokken zutage gefördert hatten.

Digitized by Google

Ich bin der Ansicht, daß diese zwei erprobten Methoden sich zweckdienlich ergänzen und die Kombination beider Mittel uns sehr oft nützliche Dienste leisten kann; wenn also nach Anwendung beiderlei Arten das Reizsekret gonokokkenfrei befunden wurde, so können Arzt wie Patient beruhigt und zufrieden in die Zukunft blicken.

Aus den gemachten Beobachtungen geht hervor, daß die von mir ausgearbeitete provokatorische Reizung der Urethralschleimhaut mit Jod „in statu nascendi" bedeutend bessere Resultate zu liefern imstande ist als die chemische und mechanische, ja sie hat auch manchen Vorzug vor der biologischen; man reizt nämlich früher die Urethra zur Sekretion und kann also rascher die Untersuchung beenden, was den Vorteil hat, daß Überfüllungen der Spitäler leichter vermieden werden können. Nebenbei ist die Herstellung der Vakzine an die Leistungsfähigkeit anderer, bakteriologischen Laboratorien gebunden. Von mancher Seite wird auch die intravenöse Vakzineinjektion perhorresziert, die intraglutäale hinwiederum ist in diagnostischer Hinsicht nicht mehr so rasch wirkend und verläßlich. Ein Bedenken gegen das Einblasen der Dämpfe in die Harnröhre kann nicht aufkommen, da sie trotz ihrer stark bakteriziden und provokatorischen Kraft niemals zur Strikturbildung oder einer anderen Harnröhrenschädigung geführt haben, wie dies ab und zu konzentrierte provokatorische Lösungen verursachen können. Bestehen als ursächliches Moment einer chronisch latenten Gonorrhoe weiche Urethralstrikturen, so kann man durch Kombination der Joddämpfe mit Sondendilatation rascher zum Ziele kommen, als es bei dem früheren einfachen Verfahren der Fall war. Sind andererseits parurethrale Gänge oder Harnfisteln nach periurethralen abszedierten Infiltraten die Ursache von chronisch latenter Gonorrhoe, dann empfehle ich bestens, neben der von Nobl angegebenen, nicht überall durchführbaren Exzision, die Joddämpfetherapie. Es gelang uns in sieben Fällen, die Fisteln durch Dämpfe auszutrocknen und bei gleichzeitiger Massage zur langsamen Obliteration zu bringen; nur ist es eine sehr mühsame Arbeit, mit feinen Kanülen die Fistel zu entrieren; gelingt dies, so wird durch Joddämpfe baldige Heilung erzielt.

Folgende Daten aus unserem Krankenbeobachtungsmaterial illustrieren beiläufig das Verhältnis, in welchem die einzelnen Provokationsmethoden zueinander stehen dürften. Wir konnten bei unseren Kranken feststellen, daß in 46 % der Fälle der mehrmalige negative Gonokokkenbefund nach provokatorischen Instillationen von 1,5—3 %igen Lapis- und Kupferlösungen wieder positiv geworden ist; hatte man zu demselben Zwecke 1—3 %ige Albargin- oder Protargollösungen verwendet, so war der Prozentsatz der neuerdings positiv Gewordenen 49 %. Benutzte man nach diesen zwei obligaten provokatorischen Reizungsmitteln die Sondenmassage zur Erzeugung eines Reizsekretes, so zeigte die früher stets negative mikroskopische Untersuchung ein neues positives Ergebnis in 44 % der Erkrankungsfälle. Brachte man bei einer genügend großen Anzahl von negativ gewesenen Patienten zum Abschluß ihrer Behandlung die Vakzineinjektionen als Reizungsmaßnahme in Anwendung, so sind von ihnen 56 % nochmals positiv geworden. Applizierte man zwecks

Digitized by Google

Entscheidung, ob die auch nach der einen oder anderen bereits beschriebenen Provokationsmethode negativ gebliebenen Kranken definitiv gonokokkenfrei sind, Joddämpfe in die Urethra, so rezidivierten neuerdings 61% der Beobachteten. Die beiden zuletzt angeführten Methoden ergeben also fast gleiche Prozentzahlen bei den provokatorischen Untersuchungen und dürften, zusammen angewendet, die rascheste Entscheidung liefern, ob ein Patient noch latent gonokokkenpositiv ist oder nicht

Unsere Beobachtungen speziell in letzter Hinsicht sind natürlich nicht als abgeschlossen zu betrachten; die von uns angegebenen Prozentsätze werden von den seitens anderer Beobachter gewonnenen differieren, denn das Resultat hängt davon ab, wie lange eine Gonorrhoe dauert, wie sie kompliziert ist, wie lange sie unbehandelt bleibt, nach wie vielen negativen Präparaten man mit den provokatorischen Manipulationen begonnen hat, und von vielen anderen inneren und äußeren Umständen.

Nach den gemachten Erfahrungen sehe ich mich berechtigt, über die verschärfte provokatorische Wirkung des Jods zu berichten, da es mir in vielen Fällen eine definitive Entscheidung präsentierte und nie einen Nachteil für den Patienten zur Folge hatte, womit ich nicht gesagt haben will, daß das Reizvermögen des Jods „in statu nascendi" unfehlbar ist.

Zum Schlusse wünsche ich nur, daß diese neue Methode mit den bereits bekannten in kombinierte Verwendung treten möge, damit die schweren Folgezustände einer chronisch-latenten Gonorrhoe, welche die Gesundheit des Volkes und das Gedeihen des Nachwuchses für lange Zeit schädigen, ausgeschaltet werden können.

Literatur:

Bruck, M. m. W., 1917, Nr. 33. — Gans, M. m. W., 1917, Nr. 38. — Heller, M. m. W., 1917. Nr. 22. — Antoni, Derm. W., 1917, Nr. 45. — Odstrčil, Čas. lék. čes., 1914, Nr. 34 und W. m. W., der Militärarzt, 1914. — Reiter, D. m. W., 1917, Nr. 22. — Saudek, Derm. W., 1913.

Zur Therapie der Sycosis parasitaria.

Von

Geh. San.-Rat Dr. Nourney in Mettmann.

Die allergischen und Immunitätserscheinungen bei der parasitären Bartflechte sind so sicher festgelegt, daß sie bei der jetzigen Epidemie therapeutisch, epidemiologisch und prophylaktisch Berücksichtigung finden müssen.

Therapeutisch hat nicht mehr die Methode den Vorzug, welche am wahrscheinlichsten den schuldigen Parasiten vernichtet. Die desinfizierenden Mittel hatten versagt. Die Röntgenbestrahlung tötete wertvolles Körpergewebe, häufig noch früher als die Krankheitsherde. Dagegen genügen ganz kurze, leichte Röntgenbestrahlungen, die unter jeder sichtbaren Reizhöhe stehen, völlig, um die trophischen Vorgänge des Erkrankungsherdes so zu beeinflussen, daß die angeführte Immunitätsheilung die Natur selbst vollendet. Die früher erstrebte Epilierung der Haare ist überflüssig. Eine desinfizierende, spirituöse Lösung genügt zur Entfernung von Krankheitsprodukten. Eine Trichophytineinspritzung kann eventuell diese Immunitätsheilung noch unterstützen. Je nach der

Digitized by Google

Stärke der Röntgenwirkung können wir drei Stufen unterscheiden: 1. Anregung der spezifischen vegetativen Heilungsvorgänge, 2. Reizung derselben, bis zur reaktiven Entzündung, 3. Überreizung, bis zur Bildung von oberflächlichen Nekrosen.

Epidemiologisch hat diese Behandlungsmethode eine allgemeine Anwendungsmöglichkeit. Da jeder Einzelfall nur eine ganz kurze Behandlungszeit erfordert — die einzelne Erkrankungsstelle braucht in jeder Sitzung nur Bruchteile einer Minute den Röntgenstrahlen ausgesetzt zu werden —, kann das große Heer der Erkrankungen beherrscht werden. Die Infektionsquelle in den Barbierstuben ist leicht zu verstopfen. Kein an Bartflechte Leidender, mögen Parasiten festgestellt sein oder nicht, darf in öffentlichen Barbierstuben rasiert werden. Der spirituös gewaschene Bart hindert die Heilung nicht. Will jemand absolut barbiert sein, so hat er dies selbst zu tun. Eine öffentliche Rasierstube für Ausschlagskranke muß jedenfalls mit genügender Desinfektionsmöglichkeit versehen sein, falls genügend Spiritus zu beschaffen ist.

Prophylaktisch wird die auf Immunitätsbegriffen beruhende Trichophytinbehandlung kaum sicheren Erfolg haben. Die Eigenart einer Immunisierung mit abgetöteten Bakterienprodukten, in erster Linie die Schwere der Erkrankungen und nicht ihre Häufigkeit herabzusetzen, wird auch einer prophylaktischen Trichophytinanwendung anhaften. Die Fälle der leichten, nicht diagnostizierten Erkrankungen würden steigen und mit ihnen die Infektionsmöglichkeiten nicht nur für die Männerbärte (auch Skrotalgegend), sondern auch für die Kopfhaare der Kinder und die verborgen gehaltenen Haarstellen der Frauen.

Die Bartflechte darf die Wehrfähigkeit der deutschen Armee nicht schädigen, deshalb hielt ich es für meine Pflicht, vorstehende Gedanken, die sich in wesentlichen Punkten von den Ansichten unserer Spezialisten unterscheiden, mitzuteilen, um es jedem möglich zu machen, an der Steigerung der Wehrkraft des deutschen Volkes mitzuarbeiten.

Mitteilungen aus der Literatur.

Angioneurosen.

Über eigenartige Ödeme, von Maase und Zondek. (D. m. W., 1917, Nr. 16.) In der I. Med. Klinik in der Kgl. Charité sind 30—40 Fälle von Ödemkranken beobachtet worden. Neben starkem Hydrops, der meist akut auftrat, litten die Patienten an Diarrhöen. Baktoriologisch waren keine Dysenterieerreger nachweisbar. Das Herz war nach links etwas verbreitert; es bestand häufig Bradykardie. Keinerlei Zeichen von kardialer Stauung. Keine Milz- und Leberschwellung. Der Urin war frei von Eiweiß und Zucker, stets hell und trotz der zuweilen sehr geringen Tagesmenge von niedrigem spez. Gewicht. Das Ödem hat einen ausgesprochen intermittierenden Charakter und ist gutartig. Nach drei- bis viertägiger Zulage von 100 g Fett zur Nahrung schwanden die Ödeme schnell. Nach der Entwässerung fällt die skelettartige Abmagerung auf. Die vermehrte Ammoniakausscheidung durch den Harn, die Anreicherung des Blutes mit stickstoffhaltigen Körpern, sowie der Umstand, daß es sich um körperlich arbeitende Personen handelt, sprechen dafür, daß der starke Eiweißabbau als das Primäre anzunehmen ist. E. Brinitzer-Altona.

Über das Auftreten eigenartiger Ödemzustände, von Lange. (D. m. W., 1917, Nr. 28.) Die von L. beobachteten Ödemerkrankungen konnten nicht als Infektionsödeme im Sinne von Rumpel aufgefaßt werden. Dagegen sieht L. die Ödemursache in einer geringeren Widerstandskraft der Gefäße, welche durch die Qualitätsänderung der Ernährung bedingt ist. Als Teilursache der Ödembildung könnte eventuell auch die langdauernde große Kälte in Betracht kommen. E. Brinitzer-Altona.

Das Kriegsödem, von C. Maase und H. Zondek. (B. kl. W., 1917, Nr. 30.) Verfasser konnten an älteren Personen im Alter von 40—65 Jahren, vorzugsweise Männern, Ödeme beobachten, die meist ziemlich rasch und ohne erhebliche Störung des subjektiven Befindens auftraten. Sie betrafen vorzugsweise Beine, seltener Arme, Skrotum und Gesicht. Sie unterscheiden sich besonders durch ihre weiche, teigige Konsistenz vom Anasarka anderer Krankheiten, vom nephrotischen und insbesondere kardialen Hydrops. Sobald die Kranken ins Bett gebracht werden, beginnt fast immer sofort unter starker Diurese die Ausschwemmung der aufgespeicherten Wassermengen, wobei

Digitized by Google

die Kranken oft enorm abmagern. Verfasser suchen die Ätiologie, da sich anderweitige in Frage kommende Organabnormitäten nicht feststellen ließen, in einer Schädigung der Gefäßwand durch kalorische Unterernährung, insbesondere Mangel an Fett, wahrscheinlich auf dem Wege über toxisch wirkende Eiweißabbauprodukte bei gleichzeitiger Belastung der Gefäßwand durch infolge der veränderten Ernährungsverhältnisse zugeführte zu große Flüssigkeitsmengen. Die Behandlung bestand in erster Linie in Körperruhe, daneben Besserung der Ernährung und Beschränkung der Wasserzufuhr.

E. Klemm-Leipzig.

Über das gehäufte Auftreten einer eigenartigen Ödemkrankheit, von A. Schiff. (W. m. W., 1917, Nr. 22.) Diese Kranken leiden an Ödemen ohne kardiale oder renale Ursache. Die Ödeme entwickeln sich speziell an den unteren Extremitäten, verschwinden leicht, aber rezidivieren gern. Neben ihnen findet sich eine ausgesprochene Bradykardie und eine ganz beträchtliche Polyurie. Die Bradykardie ist durch Atropin vorübergehend zu bessern. Im reichlichen Urin nimmt der Kochsalzgehalt zu. Die Ursache liegt in der Einseitigkeit der Ernährung. H. Vörner-Leipzig.

Zur Kasuistik der harten Ödeme, von Mancello Labor-Laibach. (W. m. W., 1916, Nr. 44.) Die Veränderung fand sich am linken Handrücken. Über dem Bizepsrücken des gleichen Armes war ein derber, längsverlaufender Strang zu konstatieren. Exzidiert erwies er sich als ein Lymphgefäß, das durch Blutung und Organisation verödete. Als Ursache der Veränderung ist ein Trauma anzunehmen.

H. Vörner-Leipzig.

Über Hungerödeme, von Knack. (Zbl. f. d. ges. M., 1916, Nr. 43.) Bei der Untersuchung einer als Ödemkrankheit imponierenden Lagerepidemie kam K. zu dem gleichen Schluß wie Budzynski und Chelchowski, daß die wahrscheinliche Ursache nicht im Mangel der Nahrungsmittel an sich zu suchen ist, sondern in ihrer schlechten Beschaffenheit, die zuerst schwere Verdauungsstörungen hervorruft, die ihrerseits dann zu kachektischen, mit Ödemen und anderen erheblichen Erscheinungen (Hemeralopie, Xerosis conjunctivae, Ulcera corneae und Störungen der Bewegungsorgane) einhergehenden Krankheitsbildern führt. E. Brinitzer-Altona.

Das Quinckesche Ödem im Bereich der vegetativen Neurosen, von A. Stehr-München. (M. m. W., 1917, Nr. 29.) Stehr bespricht eingehend einen Fall von Quinckeschem Ödem. Eigenartig an dem Falle ist der fieberhafte Verlauf, die lange Dauer, das Auftreten von klonischen, epileptiformen Krämpfen. Das Wesen der Erkrankung sieht Stehr in einem der Anaphylaxie ähnlichen labilen Stoffwechselgleichgewicht; in dem beschriebenen Falle ist die auslösende Wirkung des Fleischeiweißes und des Kochsalzes bemerkenswert, nach dessen Genuß ausnahmslos Exazerbationen der Erscheinungen auftraten. Die Pathogenese des Quinckeschen Ödems läßt zwei Angriffspunkte offen: das vegetative Nervensystem und den Zellstoffwechsel. Die niedrige Reizschwelle der Nerven des vegetativen Systems scheint eine begünstigende Rolle zu spielen. Bei hereditärer Belastung stellt die Erkrankung eine tiefer greifende Störung dar und führt häufiger durch Kehlkopf- und Lungenödem zum Exitus.

A. Witte-Bremen.

Einfluß reiner Zuckerdiät auf Ödeme bei chronischer Nephritis, von Fritz Tedesco-Blumau. (W. kl. W., 1916, Nr. 46.) Mitteilung von zwei Fällen. Die ausschließliche Zuckerkost in Tagesmengen von etwa 400 g bewirkt bei Nierenkranken rasche Ausscheidung der Ödemflüssigkeit unter Besserung des Allgemeinzustandes. Selbst n Fällen, wo starke Herz- und Nierenmittel versagen, konnte bei Zuckerdarreichung eine wesentliche Besserung des Nierenprozesses konstatiert werden, anfangs wurden 3—4, später zwei Zuckertage in der Woche ordiniert. Schädigungen wurden nicht beobachtet. H. Vörner-Leipzig.

Zur Frage der Purpura erregenden Krankheitszustände, von T. L. A. Peutz. (D. m. W., 1917, Nr. 3.) P. berichtet ausführlich über einen schweren Fall Werlhofscher Krankheit und über zwei Fälle von Hämophilie, einen hereditären und einen nicht hereditären. Bei der Werlhofschen Krankheit, die ein $4^1/_2$ jähriges Mädchen betraf, ergab die Zählung der Blutplättchen (nach Sahli-Fonio) nur 56890 in 1 cmm Blut, während normalerweise 150—200000 vorhanden sind. Nach der Behandlung mit Koapulen Koster-Fonio (10 ccm 5%iges Koagulen intravenös) erfolgte, unter Ansteigen der Zahl der Blutplättchen bis 179000, völlige Heilung. Bei der Hämophilie findet sich keine Veränderung der Blutplättchenzahl, daher auch kein Erfolg bei Verwendung des Koagulens. Hier bestand die Behandlung in subkutaner Injektion von 5%iger Pepsinlösung, Darreichen von Calcium lacticum, $2^1/_2$ g pro die, und zweimal in der Woche

Digitized by Google

ein Mutterlaugebad, einige Tage je 50 g Kalbsleber und zweimal täglich 200 mg Ovarialtabletten „Merck". Es wurde mit dieser Behandlung ein ausgezeichnetes Wohlbefinden erzielt. E. Brinitzer-Altona.

Allgemeininfektion mit Staphylococcus albus als Ursache hämorrhagischer Diathesen, von Margarethe Levy-Berlin. (Zsch. f. klin. M., 1916, 83. Bd., 5./6. Heft.) Verf. berichtet über vier Fälle mit Haut- und Schleimhautblutungen, deren Untersuchung den Staphylococcus albus als Erreger ergibt. Sie wollte damit den Beweis erbringen, daß die Purpura keine Krankheit sui generis darstellt, sondern meist ein Symptom einer bakteriellen Allgemeininfektion ist. Es ist daher wünschenswert, in allen Fällen von hämorrhagischer Diathese eine bakterielle Untersuchung vorzunehmen.
W. Chrzelitzer-Posen.

Zur Histologie der petechialen Exantheme, von C. Benda-Berlin. (Kriegspathol. Tagung in Berlin, 1916.) In jedem der drei untersuchten Fälle von petechialer Meningokokkenmeningitis konnte Benda innerhalb der Hautblutungen Entzündungsherde nachweisen, die sich um die Blutgefäßverzweigungen des Koriums gruppieren und vorwiegend aus Leukozyten zusammengesetzt sind. In geringer Menge finden sich Lymphozyten, Mastzellen, fixe Zellen. Die Arterien sind durch Infiltration ihrer Wandung und durch Thrombosen beteiligt. In drei Fällen von Fleckfieber konnte B. in den Gefäßherden reichliche Leukozyten feststellen, wie das inzwischen auch von Corlen gefunden wurde. In dem frischesten Falle beschränkten sich die Veränderungen auf eine Quellung der Endothelzellen der kleinen Arterien, Leukozytenansammlung im Lumen des Gefäßes und spärliche Leukozyteninfiltration der Arterienscheide. Am ausgesprochensten waren die von E. Fraenkel beschriebenen Veränderungen der Arterienwand im zweiten Falle, wo B. Wandnekrosen und hyaline Thromben an manchen Stellen fand. Etwas abweichend war dagegen das Bild im dritten Falle, wo auch makroskopisch das Exanthem auffallend prominierte und mikroskopisch größere entzündliche Infiltrate bestanden, die stellenweise zahlreiche eosinophile Zellen enthalten. Das Exanthem der Meningitis und des Fleckfiebers zeigen histologisch gewisse Ähnlichkeiten, aber die von E. Fraenkel beschriebene Veränderung der Arterienwand ist für das Fleckfieberexanthem spezifisch und ein Unterscheidungsmerkmal gegen die Petechien der Meningitis.
O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Histiologische und histiologisch-bakteriologische Befunde beim petechialen Exanthem der epidemischen Genickstarre, von Pick. (D. m. W., 1916, Nr. 33.) P. gelang es, ebenso wie Benda, in zwei Fällen von petechialer Genickstarre in den Gewebeschnitten der Hautefloreszenzen innerhalb der Arteriolen und Kapillaren färberisch reichlich Meningokokken nachzuweisen; in den entzündlichen zirkumvaskulären Infiltraten waren die Meningokokken spärlich vorhanden. Die Vernichtung der Kokken geschieht schnell und zum größten Teil innerhalb der Blutbahn durch leukozytäre Phagozytose. Was die Histologie der Petechien bei Genickstarre betrifft, so stehen, im Gegensatz zu den zum Vergleich herangezogenen Fleckfieberroseolen, die entzündlich-exsudativen Vorgänge im Vordergrund: neben Extravasation von Erythrozyten reichlicher Austritt von Leukozyten. E. Brinitzer-Altona.

Zur Behandlung der Purpura und Hämophilie, von Klinger. (D. m. W., 1916, Nr. 51.) Da nach K. die Plättchenarmut des Blutes als Ursache der Purpura noch nicht erwiesen, ja sogar als unwahrscheinlich gelten muß, wendet sich K. entschieden gegen die von Fonio eingeführte Plättchentherapie — die Injektion von Koagulen. Außerdem besteht nach K. das jetzige Koagulen nur zum kleinsten Teil aus Plättchen; der Hauptteil besteht aus zytozymartigen Substanzen, die aus Blut oder Organen hergestellt werden und als solche fördernd auf die Thrombinbildung wirken. Die Erfolge bei manchen Fällen sind nach K. eher auf die große Menge (100 ccm) intravenös eingeführter Flüssigkeit als auf das Koagulen selbst zurückzuführen. Bei Hämophilie können kräftige Zytozymlösungen, besonders bei direktem Kontakt mit der Wunde, in manchen Fällen mit gutem Erfolge angewendet werden. Als wirksamstes Mittel ist aber die Bluttransfusion zu betrachten. E. Brinitzer-Altona.

Die intramuskuläre Injektion von Blut bei der Behandlung der Purpura haemorrhagica, von H. W. Emsheimer-New York. (J. Am. m. Assoc., 1. Jan. 1916.) Verf. hat in einem Falle, der gegen alle Mittel resistent war, mit ausgezeichnetem Erfolge eine intramuskuläre Injektion von fremdem Blute vorgenommen. Er empfiehlt, diese Methode vor anderen, radikalen, anzuwenden. R. Frühwald-Leipzig.

Verschwinden der hämorrhagischen Diathese bei einem Falle von „essentieller Thrombopenie (Frank) nach Milzexstirpation. Splenogene thrombolytische

Digitized by Google

Purpura, von Paul Kaznelson-Prag. (W. kl. W., 1916, Nr. 48.) Eine Frau, welche schon seit 10 Jahren an Haut- und Zahnfleischblutungen litt, zeigte eine auffallend geringe Zahl von Blutplättchen in ihrem Blutbilde (Thrombopenie). Da in solchen Fällen häufig ein Milztumor besteht, nahm der Verf. an, daß das Krankheitsbild durch abnorm starke Einschmelzung der Blutplättchen (Thrombolyse) in der Milz bedingt sei. Aus diesem Grunde wurde bei der Frau die Milz entfernt. Infolge der Operation vermehrte sich die Zahl der Thrombozyten von 300 auf $^1/_2$ Million im ccm, und der Blutkuchen gewann seine frühere Kontraktionsfähigkeit. Gleichzeitig verschwand die hämorrhagische Diathese. H. Vörner-Leipzig.

Über hämorrhagische Diathese — Purpura symptomatica und Skorbut — bei Typhus abdominalis, Paratyphus A und Paratyphus B, von Albert Herz. (W. kl. W., 1917, Nr. 22.) Ergebnisse über Beobachtungen von Typhus und Paratyphusfällen mit Neigung zu Blutungen. Es fanden sich Fälle mit hämorrhagischem Exanthem, welches vollkommen den beim Typhus exanthematicus beschriebenen gleicht. Die hämorrhagische Diathese betraf hauptsächlich Haut und Schleimhäute. Das Blutbild zeigte eine hochgradige Verminderung der Blutplättchen, dem eine Verlängerung der Blutungszeit bei normaler extravaskulärer Gerinnung entsprach. Die Untersuchungen über Skorbut bei Typhus abdominalis und Paratyphus ergaben, daß eine besondere ursächliche Beziehung zwischen diesen Krankheiten nicht besteht. Für das Blutbild war charakteristisch, daß die Zahl der Blutplättchen in den Fällen von Skorbut in auffallender Weise stieg. H. Vörner-Leipzig.

Purpura rheumatica scorbutiformis, von Umberto Gabbi. (Riforma m., 1917, Nr. 36.) Im April 1916 trat zunächst unter den österreichischen Gefangenen im Gefangenenlager der Insel Arsinara, dann auch bei den italienischen Soldaten eine epidemische Krankheit auf, die durch folgende Symptome gekennzeichnet war: leichtes, nur einige Tage andauerndes Fieber von 37,5—38,3°, Hautblutungen meist petechialer Natur besonders an den unteren Extremitäten, vor allem über dem Knie, Nasenbluten, Zahnfleischblutungen, periartikuläre Schwellungen, Milztumor, leichte Albuminurie. Keine inneren Blutungen, gastrointestinale Erscheinungen selten. Dauer der Krankheit 10 bis 40 Tage, Ausgang fast immer gut, Beginn mit Abgeschlagenheit, Gliederschmerzen, selten Schüttelfrost. Befallen wurden nur solche Soldaten, welche längere Zeit feuchtem, kaltem Bergklima (1800—3000 m) ausgesetzt waren. Die Unterbringung der Krankheit unter die bekannten mit Hautblutungen einhergehenden ist nicht einfach. Gegen die zumeist gestellte Diagnose Skorbut sprechen: das Fieber, die Milzschwellung, das Fehlen innerer Blutungen und erheblicher Zahnfleischaffektionen. Auch war die Vorbedingung für Skorbut: einförmige und mangelhafte Kost, nicht vorhanden. Ferner Skorbut tritt mit Vorliebe in der kalten Jahreszeit auf, während die in Frage stehende Epidemie im Frühling begann, im Sommer ihren Höhepunkt hatte und im Winter erlosch. Dagegen ließ die Konstanz der Zahnfleischblutungen immer wieder an Skorbut denken. Nach Ansicht des Verf. handelte es sich um eine Infektionskrankheit mit unbekanntem ultramikroskopischem Erreger. Allen durch ultramikroskopische Erreger erzeugten Infektionskrankheiten sei gemeinsam die Störung der Hautblutgefäße, die zu Blutungen Anlaß gibt. Die äußeren Einflüsse des Höhenklimas, der Kälte, Feuchtigkeit begünstigen diese Neigung zu Hämorrhagien. Die Übertragung der Krankheit erfolgt wahrscheinlich durch Insekten. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Skorbut im Felde, von Erich Schneider. (W. m. W., 1918, Nr. 44 u. 45.) Im Jahre 1916 traten gehäufte Skorbutfälle unter den Fronttruppen auf. Die Ursache war in Ernährungsschädlichkeiten zu suchen, auch kamen ungünstige Witterungsverhältnisse in Betracht. Versuche mit der Ernährung solcher Skorbutkranker unter Berücksichtigung des im Felde Möglichen zeigten, daß reichliche Zufuhr von Obst und Gemüse, namentlich im frischen Zustande, den Skorbut rasch zu heilen vermochten. H. Vörner-Leipzig.

Beitrag zur Hämatologie und Klinik des Skorbuts, von Philipp Leitner. (W. m. W., 1917, Nr. 31.) Die Kranken, welche der Verf. beobachtete, hatten vor ihrer Erkrankung namentlich des frischen Gemüses völlig entbehren müssen. Sie litten an Hämorrhagien, Salivation und schweren Zahnfleischerkrankungen. Das Blutbild zeigte als konstante Erscheinung eine Leukopenie. H. Vörner-Leipzig.

Skorbut, von Hans Much und Karl Baumbach. (M. m. W., 1917, Nr. 26.) Verfasser kommen auf Grund von etwa 100 Beobachtungen zu dem Ergebnis, daß der Skorbut eine ansteckende Krankheit sei. Über die Art des Erregers sollen später Mitteilungen erfolgen. A. Witte-Bremen.

Digitized by Google

Die kriegschirurgische Bedeutung des Skorbuts, von Theodor Zlocisti-Berlin. (Beitr. z. klin Chir., 1916, Bd. 103, H. 4.) In einer sehr lesenswerten Arbeit warnt der Verf. zunächst vor einer allzu schematischen Auffassung der Krankheit. Der bekannte Symptomenkomplex wird selten in aller Vollständigkeit gefunden. Oft prävetiert nur ein Symptom, während andere kaum angedeutet sind. Der Verfasser schildert hier seine Erfahrungen, wie allmählich er auf Grund gewisser immer wiederkehrender Erscheinungen der Diagnose Skorbut näher kam. Ganz besonders auffallend das allgemeine Aussehen der Haut. Die Farbe hat ihre roten Beifügungen verloren, bald schimmert sie in einem schmutzigen Gelb, dem stumpfe, bräunliche Töne zugemischt sind, bald erscheint sie graubraun. Der Turgor fehlt, kein Glanz, es macht sich ein schattenhaftes Aussehen im Gesicht bemerkbar, ein spezifisches Skorbutkachexiegesicht. Die Haut ist geschrundet, knitterig wie altes zusammengeknäueltes Pergament, runzlig, hochgehobene Falten bleiben stehen oder fielen ohne jede Elastizität zögernd zusammen. Bläuliche und bräunliche Flecke kommen zur Beobachtung, Abszedierungen kleiner Blutblasen mit blutigem Gerinnsel, der Saum dieser Abszesse ist ein blaubrauner Ring von mehr oder weniger großer Breite, der selbst nach Heilung des Geschwürs bestehen bleibt. Besonders diagnostisch schwierig sind die in der Tiefe auftretenden Blutungen. Bemerkenswert sind die einseitigen Blutungen. Der palpierende Finger fühlt eine feste, steinharte Masse. Die Funktion ist gewöhnlich aufgehoben. Differentialdiagnostisch gegen Ödeme nephritischer oder kardialer Ursache kommt in Betracht die Nichtbeteiligung des Fußes, ferner ist die Masse nicht teigig, sondern hart. Der Eindruck der Finger hinterläßt keine Delle. Es fehlt ferner die speckig glänzende Haut. Besonders wichtig sind Absetzung gegen Erweichungsprozesse. Es fehlt die Erhöhung der Hauttemperatur in dem betreffenden Gebiete, die inflammatorische Rötung und das Spannungsgefühl, die Haarbälge sind nicht eingezogen, im Gegenteil beim Skorbut ein Herauspressen der Follikel. Das skorbutische Extravasat fluktuiert nie. Bei den Abszessen in der Tiefe empfindet man einen stechenden Schmerz. Massige Blutungen in der Tiefe erfolgen plötzlich mit hohem Temperaturanstieg, aber nie mit der charakteristischen Eiterprozeßkurve. In vielen Fällen wird die Kniekehle beeinträchtigt, was differentialdiagnostisch schwierig ist. Entscheidend ist immer die Plötzlichkeit und das Ruckartige auch später erfolgter Nachblutung. Selten wird nur ein Gelenk betroffen. Auch an anderen Stellen treten immer plötzlich Verdickungen und Schwellungen auf. Die Spontanheilung beim Skorbut die Regel, bei der tuberkulösen Gonitis die Ausnahme. Großes praktisches Interesse heischen die Blutungen in der Bauchgegend, innerhalb der Pleurablätter und etwa im Perikard, flächenhafte Ausbreitung der Blutmasse, Durchdringung aller Interstitika, Anämisierung des Muskels mit Einschmelzung. Bei Ergüssen in den freien Raum kommt es zur Peritonitis haemorrhagica fibrinosa. Was die chirurgische Bedeutung anlangt, so gab schon die Betrachtung der Wunde ein eigenes Bild: Bei Lösung des Verbandes und Reinigung der mit geronnenem, dickem Blute bedeckten Fläche fehlte die saftig-rote, leuchtende Farbe, die Granulationen waren nicht feinkörnig, sondern wucherten in größeren Knollen, die nicht beieinander lagen, von geringer Festigkeit, schwammig. Bei Geschwüren tritt eine bläulichrote, sattbraune Verfärbung der ganzen Umgebung ein. Des Saumes Durchmesser ist größer als das Geschwür. Jede unsanfte Berührung antwortet mit starker Blutung. Die Narbe ist breit, massig, dick gewulstet und tiefbraun. Die skorbutische Wunde neigt zur Phlegmone. Bei skorbutischen Knochenerkrankungen sind charakteristisch die herabgesetzte Regenerationskraft und Neigung zu spontanen Blutungen, Neigung zur Pseudarthrosenbildung, Trennung zur Sequestrierung. W. Chrzelitzer-Posen.

Skorbut und Chirurgie, von F. Brüning-Konstantinopel. (Beitr. z. klin. Chir., 1916, Bd. 105, H. 1.) Der Verf. macht zunächst auf die Symptome des Skorbuts aufmerksam, die von den üblichen sonst beschriebenen in einigen Erscheinungen abweichen. Es wurden dort viele Skorbutfälle beobachtet, die ohne jede Zahnfleischveränderung abgelaufen sind. Andererseits sah der Verf. Fälle mit den leichtesten Veränderungen in einer venösen Hyperämie des Zahnfleischsaumes bis zu den schwersten Fällen, in denen das ganze Zahnfleisch stark angeschwollen und aufgelockert ist, so daß es den Eindruck macht, als ob die Zähne in hypertrophischen Granulationen drinsteckten. Selbst die bisher stets beobachteten entzündlichen Erscheinungen mit geschwürigen Prozessen hat der Autor nicht gesehen, deshalb darf man nicht von einer skorbutischen Gingivitis oder von Zahnfleischentzündung sprechen, sondern nur von skorbutischen Zahnfleischveränderungen. Die spontanen Blutungen in der Haut stellen sich dar wie kleine Ekchymosen. Bei solchen Ekchymosen wird auch eine eigentümliche Veränderung der

Digitized by Google

ganzen Haut gesehen; sie wird dünn, atrophisch, fühlt sich wie ausgetrocknet an, nimmt eine bläuliche Farbe an und schuppt sich ganz auffallend stark. Auch die Furunkelbildung hat der Verf. nicht beobachtet. Die Blutungen bevorzugen hauptsächlich den Unterarm und den Unterschenkel. Die tiefen Blutungen in dem Zwischengewebe der Muskeln zeigten sich in einer Auftreibung der Muskeln; fast ohne Schmerzen. Außerdem wurden skorbutische Blutungen in Gelenkhöhlen festgestellt. Von den Allgemeinsymptomen ist die beherrschende die Anämie bis zum progredienten perniziösen Charakter, die jeder Therapie trotzen. In leichteren Fällen fehlt das Fieber, das in schweren Fällen einen unregelmäßigen Verlauf hat. Jedenfalls ist es immer atypisch. Die Wunden sind sehr charakteristisch. Die bis dahin gesunden frischen Granulationen nehmen ein bläuliches, schlaffes Aussehen an, sehen atrophisch aus, meist aber sind sie gequollen und gedunsen, oft auch speckig. Die Farbe ist tiefblau, sie neigen sehr zu Blutungen, die sich besonders beim Verbandwechsel zeigen. Der Eiter ist dünnflüssiger, fast stets mit Blut vermischt. Die Heiltendenz ist sehr stark herabgesetzt oder fehlt ganz. Alle therapeutischen Maßnahmen zur Anregung der Granulationsbildung sind machtlos. Ist endlich eine Heilung eingetreten, zeigt die Narbe ein typisches Aussehen. Sie ist gewulstet, die Umgebung ist dunkelblau, die Haut ist atrophisch. Tritt eine Infektion hinzu, ist die Therapie ohne Erfolg. Infizierte Oberschenkelschußbrüche sind fast immer verloren. Bei Knochenbrüchen fehlt jede Kallusbildung. Im allgemeinen ist die Prognose — wenn keine andere Erkrankung hinzutritt, nicht so trostlos. Therapie besteht in Darreichung frischen Gemüses, frischem Zitronensaft, eventuell Serumeinspritzungen. Für die Wundbehandlung sind die Sonnenstrahlen das souveräne Mittel. Bei Skorbutkranken soll man nur unaufschiebbare Operationen ausführen. Zum Schluß glaubt der Verf. hinsichtlich der Ätiologie an eine Infektionskrankheit, die sich besonders in seinem Krankenhause zeigte, wo bisher gesunde Menschen an Skorbut erkrankten, nachdem sie mit Skorbutkranken in Berührung gekommen sind.

W. Chrzelitzer-Posen.

Die ulzero-gangränösen Stomatitisformen des Skorbuts, von Theodor Zlocisti-Berlin. (M. Kl., 1916, Nr. 46.) Nach eingehender Besprechung der verschiedenen Formen ulzero-gangränöser Stomatitis im Anschluß an Skorbut und theoretische Erörterungen über die Pathogenese der Erkrankung und Schilderung des klinischen Bildes äußert sich der Verf. über die Wirkung des Neosalvarsans. Von der lokalen Applikation auf die gangränösen Stellen hat er keine Heilwirkung gesehen. Für die Allgemeinwirkung bei Injektionen großer Dosen Neosalvarsan berichtet er einige Krankengeschichten und resümiert seine Erfahrungen folgendermaßen: 1. daß das Salvarsan mit Aussicht auf Erfolg bei den (skorbutisch) ulzero-gangränösen Stomatitisformen angewendet werden kann. 2. Daß auch bei der Noma, die ihren Ausgang von der Mukosa nimmt, durch das regelmäßig beim Auftreten der ersten gangränös stomatitischen Erscheinungen angewendete Salvarsan, ein wesentlich schädigender Faktor beseitigt wird, dergestalt, daß unter Umständen nur die mechanisch konsekutiven Nekrosen restieren. 3. Therapeutische Erwartungen sind nur an große Dosen zu knüpfen. O. Lasch-Breslau.

Ausgedehnte isolierte Amyloidentartung der Magenwand bei skorbutähnlicher Allgemeinerkrankung (Purpura haemorrhagica), von Günther Beckert-Frankfurt a. M. (Frankf. Zschr., 1917, Bd. 20, H. 1.) Kasuistischer Beitrag.

O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Beobachtungen an Hemeralopie- und Skorbutkranken, von Emil Zak-Wien. (W. kl. W., 1917, Nr. 19.) Bei den russischen Kriegsgefangenen beobachtete der Verf. während der sieben Wochen andauernden Fastenzeit viele Fälle von Hemeralopie und Skorbut. Die Ursache war ein Mangel an frischen Nahrungsmitteln. Preßsaft aus frischen Mohrrüben erzielte Heilung. In zwei anderen Fällen taten es frische Leber und frische Eier. Der Verf. läßt die Frage offen, ob diese von ihm beobachtete Hemeralopie eine selbständige Krankheit oder nur eine Teilerscheinung des Skorbuts sei. Der Rübensaft leistete auch gute Dienste bei Diarrhoen der Skorbutkranken. Übertragungen der Krankheit selbst sah der Verf. nie, wohl aber steckten sich die Kranken mit Gingivitis an. Zwei Fälle zeigten hochgradige Pigmentierungen (Blutungen in die Nebennieren). H. Vörner-Leipzig.

Traumatische Entzündungen.

Über artifizielle Hautkrankheiten, von John Collie. (Lancet, 16. Dez. 1916.) Nichts Neues. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Über Schädigung der Haut durch Elektrizität, von Björnwall. (Allmänna svenska Läkaretid., 1917, Nr. 13.) Ein 53jähriger Mann wurde tot aufgefunden, wahrscheinlich Tötung durch einen elektrischen Schwachstrom (110 Volt). Mit Bezug auf diesen Fall bespricht der Verf. die Wirkungen der Elektrizität auf die Haut. Kommt durch den überspringenden Funken nur ein hoher Wärmeeffekt zustande, so entsteht Verbrennung. Wenn eine intime Berührung stattgefunden hat, erhält man ein ganz anderes Bild, das dadurch verursacht wird, daß der elektrische Strom bei seiner Passage durch den menschlichen Körper eine Wärme produziert, die dem Widerstande direkt proportional ist (das Joulsche Gesetz). Diese elektrischen Hautveränderungen sind spezifisch elektrische genannt worden (Jellinek).

W. Holland-Kristiania.

Über Luminaldermatitis, von H. Curschmann. (Ther. Mh., 1917, Nr. 4.) C. beobachtete in drei Fällen auf Luminalgebrauch eine akute Dermatitis von großer Heftigkeit; die Dermatitis entsprach klinisch einem akuten Ekzem. In einem dieser Fälle verschwand das Ekzem nach Aussetzen des Mittels sofort, um nach Wiedereinnehmen sofort wieder aufzutreten. Das erste Mal trat das Ekzem erst 4—5 Tage nach dem Luminalgebrauch auf, beim zweiten Male aber sofort danach. Der Beweis für die Luminalätiologie war damit erbracht. In allen drei Fällen führte das Weglassen des Mittels zur raschen Heilung des Hautleidens, die begünstigt zu werden schien durch die gleichzeitige Darreichung des Kalziums. Das Kalzium hat auch die Wirkung, daß es später, gleichzeitig mit kleinen Dosen Luminal (2—3mal 0,05 gegeben), das Auftreten von Ekzemrezidiven verhinderte. (Bei kleinen Dosen wäre das Rezidiv auch ohne Kalziumgebrauch ausgeblieben. Ref.) Wahrscheinlich ist eine Idiosynkrasie gegen Luminal das gemeinsame Moment bei diesen drei Fällen gewesen. In einem der Fälle bewirkten schon kleinste Dosen außerordentlich starke, günstige Wirkungen auf die Erkrankung des Patienten, die Epilepsie.

E. Brinitzer-Altona.

Hypodermo-Dermitis autocontusiva der Extremitäten, von A. Mori. (Riforma m., 1917, Nr. 14 u. 15.) Das gewöhnlich als Oedema durum traumaticum bezeichnete Krankheitsbild trat vor etwa 25 Jahren nach Einführung des Unfallgesetzes zuerst auf. Es wurde öfter ein epidemieartiges Auftreten der Krankheit beobachtet (so bei den neapolitanischen Hafenarbeitern 1909), darauf wurde sie seltener, um sich jetzt im Heere wieder in steigendem Maße zu zeigen. Die Krankheit ist meist am Dorsum manus lokalisiert und durch drei Stadien charakterisiert. Im ersten herrschen alle Symptome einer gewöhnlichen Kontusion: weiches Ödem der Haut und des Unterhautzellgewebes, die Haut ist glänzend, gespannt, mit Ekchymosen durchsetzt oder von zyanotischem Aussehen, dessen Intensität vom Zentrum zur Peripherie abnimmt. In der Mitte findet sich bisweilen eine leichte Exkoriation oder ein kleines Bläschen. Die Erscheinungen können sich in diesem Stadium vollkommen zurückbilden, gewöhnlich tritt der Prozeß aber in das zweite Stadium, das der Bindegewebsneubildung, über. Das Ödem grenzt sich immer ab und wird härter, so daß der Finger es nicht mehr eindrücken kann, Hitze- und Schmerzgefühl sind verschwunden, die Funktionsstörung des darunterliegenden Gelenkes wird lediglich durch die Schwellung und herabgesetzte Elastizität des Gewebes bedingt. Dieses zweite Stadium dauert verschieden lange, meist etwa drei Monate, in dieser Zeit treten am häufigsten Rezidive auf. Auch in diesem Stadium ist noch eine Restitutio ad integrum möglich. Im dritten Stadium hat sich das Ödem zurückgebildet bis auf einen kleinen, brettharten Tumor, dessen Gestalt abhängig ist von der seiner knöchernen Unterlage. — Die histologische, von Prof. Pasini ausgeführte Untersuchung zeigte Epidermis — abgesehen von einer leichten Hyperkeratose — und Kutis normal. Das subkutane Fettgewebe ist reduziert und größtenteils ersetzt durch fibröses Gewebe, das von reichlichen, z. T. neugebildeten Blutgefäßen durchzogen ist. — Die Lokalisation der Krankheit ist nicht auf den Handrücken beschränkt, sondern sie kann an allen Stellen des Körpers auftreten, die die gleichen anatomischen Bedingungen, nämlich direkt unter der Haut gelegene Knochenvorsprünge, aufweisen, so am Olekranon, der Crista iliaca, Dorsum pedis usw. — Über die Ätiologie gehen die Ansichten weit auseinander. Verf. tritt dafür ein, daß es ein rein artifizielles, vom Patienten selbst hervorgerufenes Krankheitsbild ist. Der Verlauf ist ein vollkommen anderer als der einer gewöhnlichen Kontusion, die entstanden ist durch einmalige Einwirkung einer größeren Kraft, auf die die Patienten selbst die Entstehung des Prozesses zurückführen wollen. Die Vermutung, daß es sich um eine Autoläsion handele, wurde Verf. durch

Digitized by Google

das Geständnis einiger Patienten bestätigt. Die Methode ist folgende: Die mit einem Tuch umwickelte, auf fester Unterlage ruhende Hand wird mit einem glatten, runden Gegenstand etwa $^1/_4$ Stunde lang leicht geschlagen, bis Ödem auftritt. Dies muß zu Anfang täglich wiederholt werden, weil das Ödem nachts wieder verschwindet, später nur etwa alle acht Tage. Die Schläge sind zuerst nur schwach, später, bei herabgesetzter Empfindlichkeit der Stelle, stärker. Biondi und Bianchini gelang es auch, auf diese Weise bei Affen die gleiche Affektion zu erzeugen, die im klinischen Verlaufe und histologischen Bilde genau der oben geschilderten gleicht. — Verf. zieht 14 kurze illustrierte Krankengeschichten aus einer großen Reihe von Fällen, die beim Militär zur Beobachtung kamen. Bei den Soldaten findet sich die Affektion häufiger an der unteren Extremität — meist rechter Malleolus externus —, während sie bei den Arbeitern fast ausschließlich am rechten Handrücken vorkommt. Das zweite Stadium der Krankheit ist hier meist noch viel protrahierter, weil der Soldat ein Interesse daran hat, den ihn dienstunbrauchbar machenden Prozeß dauernd aktiv zu erhalten, während der Arbeiter darauf ausgeht, die nur drei Monate lang gezahlte Unterstützung zu beziehen, um nach Ablauf dieser Zeit wieder arbeitsfähig zu werden. — Die Therapie hat vor allem die Aufgabe, die irritierte Stelle der weiteren Bearbeitung durch den Patienten zu entziehen. Gelingt dies, so ist der im ersten Stadium befindliche Prozeß in 10—20 Tagen, der des zweiten in etwas längerer Zeit abgeklungen, während vom dritten Stadium stets ein kleiner Tumor zurückbleibt. Heiße Bäder, Fangopackung unterstützen die Rückbildung.

M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Über Behandlung der Verbrennungen I. und II. Grades mit Klebeflüssigkeiten, von Büllmann. (M. Kl., 1916, Nr. 31.) Der Verf. schlägt für Verbrennungen I. und II. Grades folgendes Verfahren vor: Um die meist sehr aufgeregten Kranken zu beruhigen, bekommt jeder eine seinem Alter entsprechende Dosis Morphium, dann werden die umgebende, gesunde Haut und die verbrannten Stellen bzw. die Blasen vorsichtig mit Benzin oder Tetrachlorkohlenstoff gereinigt (nie wird eine Blase eröffnet, die spontan geöffneten werden mit sterilen Instrumenten abgetragen. Dann wird mit dem Pinsel die Klebeflüssigkeit (Mastix, Mastisol, Kutitekt, Kutifix, Rezidol) auf die Verbrennung, auf die freiliegende Lederhaut und dann auf die Umgebung aufgetragen. Nach einiger Zeit des Austrocknens werden einige Lagen sterilen Mulls darübergelegt und mit Binden (eventuell mit Schienen) befestigt. Ein solcher Verband kann acht Tage liegenbleiben, auch wenn an einigen Stellen das Sekret durchdringt. Nach dieser Zeit löst er sich meist von selbst ab, und die Verbrennungen I. Grades pflegen dann meist abgeheilt zu sein, bei denen II. Grades ist ein folgender nötig. Die Vorteile dieser Methode sind nach Büllmann: 1. Die Schmerzlosigkeit beim Anlegen des Verbandes, 2. die Ersparnis von viel Verbandstoff, 3. eine Infektion findet nicht statt, wenn eine solche nicht schon vorher durch die geöffnete Blase erfolgt ist, 4. die Heilung erfolgt ohne Narben und in kurzer Zeit.

O. Lasch-Breslau.

Über Erfrierungen im Felde, von O. Zuckerkandl-Wien. (Beitr. z. klin. Chir., 1916, Bd. 101, H. 5.) Druck von seiten der Schuhe, Nässe, unbewegliches Verharren in einer Stellung, die den Blutzufluß behindert, sind die Hauptursachen der Erfrierung. Selbst in frostfreier Zeit tritt unter den erwähnten Umständen Frostbrand auf. Bei der Enge der ernährenden Gefäße unterliegen die peripherstenTeile des Körpers am ehesten der Kälteeinwirkung. Am häufigsten die Zehen; auch an der Ferse sind wiederholt Erfrierungen beobachtet. In mehr als der Hälfte aller Fälle war die Veränderung beiderseitig. Die Erfrierung bei Schußfrakturen der unteren Extremitäten erstreckt sich an dem verletzten Teil weiter zentralwärts als an der zweiten Seite. Anatomisch handelt es sich um Zirkulationsverlangsamung, venöse Stauung bis zur völligen Sistierung der Blutzufuhr. In den abgestorbenen Teilen tritt Flüssigkeit aus den überfüllten Gefäßen ins Gewebe, durchtränkt diese und hebt die Epidermis ab. Es kommt zu elefantiastischen Formveränderungen. Allmählich tritt Fäulnis ein, Verfärbung, Verflüssigung aller Gewebe, das Bild der feuchten Gangrän, Schrumpfung und Eintrocknung als Zeichen des mumifizierenden Brandes. An des Grenze der Lebensfähigen geschieht unter Eiterung und Granulationsbildung die mechanische Abtrennung der abgestorbenen Teile. Am raschesten wird der Zusammenhang innerhalb der Bindegewebe und Muskeln aufgehoben, erheblicheren Widerstand leisten Sehnen und Bänder, und am spätesten erfolgt die Trennung in der Kontinuität der Knochen. Der durch Erfrierungsgangrän bloßgelegte Knochen unterliegt nur bis in die Ebene der Granulation der Nekrose.

Digitized by Google

Dasselbe hat für die Erfrierungen der Ferse Geltung. Das Absterben der betroffenen Teile geht ganz schmerzlos vor sich. Spontane Schmerzen treten erst ein, wenn die oberflächlichen Blasen platzen und das wunde Korium bloßliegt, oder wenn sich entzündliche Prozesse einstellen. Kein Fall von Erfrierung kann aseptisch bleiben. Es können Wundinfektionen mit örtlichen und allgemeinen Symptomen auftreten. Besonders schwer erscheinen die sekundären Infektionen dort, wo Schußfraktur und Erfrierung einen und denselben Teil betroffen haben. Hier sind durch Herabsetzung des Gewebswiderstandes gegen Kälte und Bakterienwirkung die örtlichen Zerstörungen besonders weitgehend. Verfasser schildert einige besonders schwere Fälle. Die Therapie hat zu berücksichtigen durch Prophylaxe, durch Belehrung hinsichtlich des Wechsels der Fußbekleidung, zweitens durch die Behandlung der frischen Erfrierungen zur Verhinderung des Eintritts der Gangrän, drittens in der Behandlung der Veränderung und schließlich in Maßnahmen zur Beförderung der Abstoßung und Erzielung brauchbarer Stümpfe. Gegen Tetanus präventive Impfung. Zahlreiche Fälle gehen unter Pyoseptikämie zugrunde. Besonders wichtig ist die Ruhigstellung. Durch primäre Desinfektion aufmerksame Wundbehandlung unter streng immobilisierendem Verbande kann man den schweren Folgen der Erfrierung wirksam begegnen. Verfasser mußte häufig infolge Tetanus-Pyämie die Amputation vornehmen. Aus vitaler Indikation ist die Amputation bei Erfrierungen angezeigt, die mit Schußverletzungen gepaart sind, wo tiefgreifende Phlegmonen das Leben bedrohen; die Amputation muß erfolgen, sobald Symptome der Infektion auftreten.

W. Chrzelitzer-Posen.

Erfrierung der Hand, Raynauds Krankheit vortäuschend, von N. S. Yawgen-Philadelphia. (New York m. J., 26. Aug. 1916.) Patient, ein 31jähriger Bremser, hatte sich während seiner Beschäftigung die rechte Hand erfroren, und zwei Monate später fühlten sich die Fingerspitzen kalt und schmerzhaft an; der anfangs heftige, brennende Schmerz dehnte sich über die Finger und die ganze Hand bis zum Handgelenk aus, hielt mit mehr oder weniger Unterbrechungen seens Monate an und war von keinerlei Schwellung begleitet, so daß Patient stets seiner Beschäftigung nachgehen konnte. Zwei Jahre lang war er dann frei von allen Symptomen, bis er gezwungen war, seine Hände in gehacktes Eis ungefähr 15 Minuten zu stecken: zuerst fühlte sich die Hand wie unempfindlich an, dann wurde das Gelenk schmerzhaft und geschwollen, es bildeten sich eine Anzahl Geschwüre, großenteils am Ulnarrande der Hand und an den Fingerspitzen; Daumen und alle Finger, mit Ausnahme des kleinen, waren beteiligt. Einige der Geschwüre hielten zwei Monate an. Das Allgemeinbefinden des Patienten war ein gutes, die Wassermannsche Probe negativ. Die Annahme, daß es sich um Raynaudsche Krankheit handle, schien bei dem ganzen Verlaufe gerechtfertigt, wenn auch das Bild der „symmetrisch" befallenen Stellen fehlte. Wahrscheinlich hat sich bei dem Patienten im Anschluß an die erste Erfrierung ein Entzündungsprozeß entwickelt, der dann zu Sklerose der Blutgefäße geführt hat; die offenkundige Gefäßveränderung und das Fehlen jeglicher Nervenerkrankung machen allerdings den Fall zu einem pathologisch-anatomischen Unikum.

M. Stern-München.

Schädigung der peripheren Nerven durch Erfrierung, von J. Schmeyer-Bad Gastein. (W. kl. W., 1917, Nr. 39.) Mitteilung verschiedener Fälle, bei welchen durch Erfrierung neuritische Symptome an Händen und Füßen bedingt wurden. Die Erfrierungsneuritis ist charakterisiert durch eine manschettenartig verteilte Anästhesie mit besonders nachts heftigen Schmerzen. Wenn Gelegenheit zur Erfrierung vorhanden, soll bei Auftreten von Schmerzen an den distalen Enden der Extremitäten die kutane Sensibilität geprüft werden. Das Vorhandensein von Anästhesie berechtigt zur Diagnose „Erfrierung", auch wenn die Haut noch keine vasomotorischen Störungen aufweist.

H. Vörner-Leipzig.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Sachverzeichnis.

* bedeutet Originalarbeit.

Abortivbehandlung s. Ophthalmoblennorrhoe.
Abszesse u. Schorfe dch. Chinin, Moreau 112.
Abteilung f. Haut- u. Geschlechtskranke d. K.-Fr.-Josefsambulatoriums u. Jubiläumshospitals, Zeissl 16.
Adenomyom s. Nebenhodenadenomyom.
Aestivale s. Hydroa.
*Akne cachecticorum im gegenwtg. Kriege, Veress 97.
— urticata 219.
— s. Bromakne.
*Akneiforme, Exanthema folliculare, Sprinz 347.
Akrodermatitis chron. atrophicans m. sekund. Infiltrat. u. Ulzeration., Lomholt 123.
Albuminurie n. künstl. Höhensonne, Dotzel 186.
— d. Stehens (orthostatische A.), Nassau 186.
— Wesen u. Pathogenese d. orthostatischen, Dziembowski 187.
Albuminurien. Genauere Unterscheidung d. renalen, Strauss 186.
Albuminurische Nephropathie. Ödemkrankheit eine an-, Franke 424.
Aleppobeule, Ledermann 340.
Alopezie inf. Verletzgn. d. Z. N. S. Pigmentverändergn. d. Haut u. Haare bei, Goldman 122.
American Dermatological Association 32.
Anaphylaktisch s. Ekzem, Hautkrankheiten.
Angiom s. Lymphangiom.
Argaldin s. Blennorrhoe.
Arhovin s. Blennorrhoe.
D'Arsonval-Ströme s. Fulguration.
Arthigoninjektion z. Feststellung d. Blennorrhoeheilung, Gans 204.
Arthritis. Blennorrhoische, Wilms 234.
— Bhdlg. d. blennorrhoischen, Laudecker 235.
— Hypophyse b. blennorrhoischer, Macy 234.
— Operative Bhdlg. schwerer Fälle von blennorrhoischer, Wilms 234.
— Vakzinebhdlg. d. blennorrhoischen, Dosmar 235.
Artifizielle Hautkrankheiten, Collie 437.
Atrophia cutis maculosa unter d. Bilde einer Dermographia selecta persistens, Scipal 122.
Augenbrauenwülste. Entstehg. u. Bedeutg. der, Aichel 254.
Aureollampe. Siemens-, Ulrichs u. Wagner 375.
Autoserotherapie s. Epididymitis.

Bäder s. heiße B.
Bakterien u. Spirochäten. Methode z. Sichtbarmachg. von, Benians 287.
*Bakterienkerns. Nachweis des, Schumacher 17, 38.
Bakteriologischer Nährböden. Verhütung d. Eintrocknens, Martiri 319.
Balnazid, Berliner 392.
*Bartflechte. Bhdlg. der, Richter 413.
*— Kalihypermanganbhdlg. der, Richter 105.
— s. Sykosis.
*Bartflechten. Bekämpfung der, Philip 283.
*Bartflechtenepidemie. Zur gegenwärtigen, Galewsky 79, Bruhns 225.
Behandlung in der Dermatologie. Brotfreie, Sabouraud 80.
Beischlaf befruchtend? Wann ist der, Siegel 154.
Berichtigung, Schindler 344.
Bettnässern. Röntgenbefunde bei, Janke 64.
Beule s. Aleppo-, Orientbeule.
Biozyme, Arnheim 405.
— Bolus, 221.
*Blastomycetica. Erosio interdigitalis, Fabry 321.
Blennorrhagisch s. Urethritis, Blennorrhoisch, Gonorrhoisch.
Blennorrhoe n. Friedensschluß. Einschränkung d. Verbreitung der, Reiter 192, Gans 203.
— Chronische, Barnes 221.
— Streptobacillus urethrae b. chronischer, Engwer 206.
— Thermopräzipitinreaktion b. chronischer, Schürmann 205 (Bis), Friedberger u. Heyn 205, Emmerich 205.

Digitized by Google

Blennorrhoe d. Weibes, Bucura 220.
— — — Diagnose der, Bucura 220.
— ein heilbares Leiden, Wajeth 206.
— Physikalisch-chem. Grundlagen d. Therapie der, Oelze 236.
— Bhdlg. renitenter, Mayer 236.
— beim Manne. Bhdlg. der, Roth 221.
— — — Bhdlg. der komplizierten, Brölemann 235.
— Bedeutg. d. bimanuellen Untersuchg. d. Vorsteherdrüse u. Samenblasen b. d. Bhdlg. der, Jacobsohn 205.
— b. Manne ohne Antiseptikum bhdlt. u. geheilt, Picker 206.
— Argaldin bei, Meyer 239, Schindler 240.
— Arhovin bei, Tröscher 238.
— Choleval bei, Baer 239, Dufaux 239, Kall 252, Schindler 240.
— d. Männer u. Weiber. Choleval bei, Frieboes 239.
— d. Mannes. Choleval bei, Meyer 252.
— Elektrolyse b. chronischer, Russ 222.
— Fieberbehandlung der, Scholtz 236.
— Fiebertherapie b. Kinder-, Engwer 220.
— Fulmargin intravenös b. Komplikationen der, Pakuscher 223.
— Gonargintherapie u. -diagnostik bei, Götze 253.
— Heißbäder u. Dakinlösung bei, Duncker 252.
— Wärme bei, Heusner 237.
— Jod bei, Abramowitz 253.
— Kavakain bei, Haodicke 238.
— Milchbhdlg. der, Krausz 238.
— Protargolsalbe bei Frauen-, Kuznitzky 221.
— Silberiontophorese bei, Koller 238.
— Succinimidquecksilberinjektionen bei, Lake 253.
— Tierkohle bei, Oppenheim u. Schlifka 253.
— Vakuumbougie b. chronischer, Cambell 222.
— Vakzinebhdlg. der, Hyman 222, Warden 238, Klause 238.
— Vakzinebhdlg. akuter, Planner 237.
— d. Kinder. Vakzinebhdlg. der, Hamburger 207.
— Verschiedene Zinksalze bei, Schaefer 253.
— s. Ophthalmo-, Rektalblennorrhoe, Gonorrhoe, Tripper, Urethritis.
Blennorrhoea neonatorum, Kujumdzreff 207.
Blennorrhoeheilung. Arthigoninjektion z. Feststellung der, Gans 204.
Blennorrhoisch (-ica) s. Arthritis, Epididymitis, Follikulitis, Keratose, Salpingo-Oophoritis, Vulvovaginitis, Blennorrhagisch, Gonorrhoisch.
Blennorrhoische Erkrankg. paraurethraler Gänge. Isolierte, Hellwig 223.
— Infektion d. Urethraldrüsen. Lefort 224.
— Phlebitis usw., Maesini 234.
Blennorrhoischen Komplikationen. Proteinkörper-Vakzinetherapie bei, Weiss 238.
Blennorrhoischer Komplikationen. Intravenöse Vakzinebehandlung, Weiss 223. Bemerkung, Weiss 223.
Blennorrhoisches Exanthem usw., Massini 234.
Brightii. Morbus s. Nephritis.
Bromakne, Ledermann 342.
Bubo a. d. linken Seite. Vorherrschen des, Montpellier 142.
Buchweizenerkrankung. Experim. Beiträge zur, Merian 421.
Bukkosperin 392.

Cadogel. Teerpräparat, Polland 392.
Chinin s. Abszesse.
Cholera asiatica. Exantheme bei, Arzt 421.
Choleval s. Blennorrhoe.
Chrysarobin. Cignolin für, Galewsky 405, Meirowsky u. Stiebel 405.
Cignolin f. Chrysarobin, Galewsky 405, Meirowsky u. Stiebel 405.
Climacterium virile. Urosexuelle Störungen u. Prostataveränderg. beim, Marcuse 158.
Condylomata acuminata b. Kindern, Breuning 139.
Copaivae. Rehabilitation d. Balsamum, Beckers 392.
Cremor Zinci 122.

*Dariersche Erkrankung, Salomon 177.
Dermatitis ekzematiformis u. Psoriasis. D. factitia, Rivalta 286.
— factitia, D. ekzematiformis u. Psoriasis, Rivalta 286.
— s. Akrodermatitis.
Dermatologentag. Kriegs-, 208.
Dermatologie u. Venereologie. Militärische Regionszentrale für, Gougerot 141.
Dermatologische Gesellschaft. Deutsche, 376.
— Vereinigung. Nordische, 408.
Dermographia selecta persistens. Atrophia cutis maculosa unter d. Bilde einer, Scipal 122.
Diabetes? Gibt es einen renalen, Bergmark 173.
— insipidus m. Infantilismus, Barabo 173.
Diät u. Hautkrankheiten, Strickler 357.
Diathermie im Kriege, Braun 374.
*Diathermiebehandlung d. Gonorrhoe, Antoni 393.
Diphtherica s. Vulvitis.
Diurese, Holste 174.
*Dopareaktion, Kreibich 193.
*J. Doutrelepont (†), Fabry 404.

Digitized by Google

Druckfehlerberichtigung zur Arbeit Ullmann (1917, Nr. 49) 32.
*Dyshidrosis. Mykotische, Graffenried 361.

Ehe, Krieg u. Geschlechtskrankheiten, Vogel 240.
Eiweißbestimmung im Urin. Schnellmethode zur quantitativen, Gad-Andersen 187.
Eiweißnachweis im Urin, Eicke 187.
Ekzem. Urtikarielles, Müller 342.
— Anaphylakt. Nahrungsmittel-Reaktionen bei, Strickler 357.
Elarson u. Solarson, Bogner 406.
Elefantiasis d. Penis, Hesse 123.
Elektrizität. Schädigungen d. Haut durch, Björnwall 438.
Elektrolyse b. chron. Blennorrhoe, Russ 222.
*Endomyces albicans, als Ursache einer Epidermomycosis inguinalis, Muijs 65.
Endotheliom s. Hämangioendotheliom.
Entzündungen u. Eiterungen. Terpentineinspritzungen bei, Klingmüller 374.
Enuresis militarium, Ullmann 63.
— nocturna b. Soldaten. Incontinentia vesicae und, Fuchs u. Gross 63.
— — b. Mangel d. Vorsteherdrüse, Levin 63.
— — Wirkungsart d. epiduralen Injektion bei, Sarbó 64.
*— — Bhdlg. d. Blasenschwäche u. der, Schrader 230.
Epidermiszelle. Bau der, Rosenstadt 254.
*Epidermomycosis inguinalis. Endomyces albicans als Ursache einer, Muijs 65.
Epididymitis, Primäre, Åhmann 157.
— Vereiternde blennorrhoische Orchi-, Butte u. Simon 142.
— Autoserotherapie d. blennorrhoischen, Wagon 233.
— Punktion b. akuter, Walther 157.
— Stütz- u. Stau-Heftpflasterring z. ambul. Bhdlg. d. akuten, Wolff 139.
Epidurale Injektion b. Enuresis, Sarbó 64.
Epithelkörper dch. Lokalanästhesie. Beeinflussg. d. Lebensfähigkeit transplantierter, Passow 359.
Epitheliome am Rumpfe, Jadassohn 340.
Erektionen. Styptol bei, Winderl 253.
Erfrierung der Hand Raynauds Krankheit vortäuschend. Yawgen 440.
— Schädigung d. peripheren Nerven durch, Schmeyer 440.
Erfrierungen im Felde, Zuckerkandl 439.
Erythema chron. migrans, Bruhns 219, 340.

Fagopyrismus 421.
*Farbigen Rassen. Hautkrankheiten bei, Heim 257, 302.
Farbstifte z. Färbg. mikroskop. Präparate, Lipp 287.
Fettersparnis 360.
Fettlose Salbe. Lotional, eine, Sachs 372.
Fettsteine d. Harnwege, Schahl 174.
Fibromelanom, Hoffmann 342.
Fibrom s. Prostatafibrom.
Fiebertherapie 220, 221, 236.
Flecktyphuserregers. Morphologie des, Csernel 288.
Follikulitis. Fulguration b. blennorrhoischer, Swinburne 233, Ballenger u. Elder, 233.
— s. Perifollikulitis.
Fremdkörper s. Harnblasen-, Harnröhrenfremdkörper.
Fulguration s. Follikulitis.
Fulmargin 223.

Gasbrandbazillus. Bakteriol. u. serol. Untersuchgn. m. dem, Klose 287.
— Diff.-Diagnose des, Zacherl 288.
Genickstarre. Petechiales Exanthem der, Pick 434.
Genitalgangrän b. Kriegsteilnehmern. Spontane (infektiöse), Küttner 29, 95, Kyrle 95.
Genitalgeschwüre. Nicht venerische, Bachrach 79.
*— b. Manne. Sitz der, Hecht 129.
Genitalsystem. Eingangsstelle u. Ausbreitungsweise d. Tbc. im weiblichen, Hartmann 192.
Genitalverletzungen, Schönbauer 16.
Geschlecht, Geschlechtsleben u. innere Sekretionen, Marañon 32.
Geschlechtliche Potenz u. innere Sekretion, Posner 154.
Geschlechtsdrüsenausfall, Hirschfeld 47.
Geschlechtsdrüsenüberpflanzung, Lydston 155.
Geschlechtsentwicklung. Vorzeitige, Obmann 32.
Geschlechtskrankheiten u. Prostitution. Krieg, Levin 161, 179, 195, 248, 275, 323, 348.
— Krieg u. Ehe, Vogel 240.
— im Kriege. Haut- und, Finger 355.
— im Kriege u. Frieden. Statistisches ü. Haut- und, Pezzoli 356.
— Demobilisierung und, Horn 357.
— in Kopenhagen vor u. nach 1906. Lomholt 343.
— Prophylaxe der, Soulier 141.
— Bekämpfung der, Fein 355, Hammer 355, Hecht 355, Menzer 176.
— Gesetzentwurf z. Bekämpfung der, 207, Blaschko 256.
— Ärztestand u. Bekämpfg. der, May 342.
— in England. Kampf gg. die, Blaschko 343, 344.
— im Heere. Bekämpfg. der, Sattler 356.
— im Hinterlande. Bekämpfg. der, Finger 355.

Digitized by Google

Geschlechtskrankheiten. Jahresversammlung der D. G. B. der, 192, 256.
— Schweizerischer Verein z. Bekämpfg. der, 176.
— Lazarettbehdlg. der, Zweig 175.
Geschlechtsleben u. innere Sekretionen. Geschlecht, Marañon 32.
Geschwür s. Genitalgeschwür.
Geschwülsten. Beeinflußt d. Kriegd. Entstehg. od. das Wachstum von, Hansemann 359.
— s. Tumor.
Gewerbliche Hautschädigungen, Pulvermacher 220.
*Gingivitis gonorrhoica, Perutz 102.
Glyzerinersatz 406, Bachem 406 (Bis).
— Mollphorus als, Meirowsky 406.
— Perkaglyzerin als, Karczag 407, Mendel 407, Odstrčil 407.
— Pego-Glykol als, Mendel 407.
Glyzerinfreie Schüttelmixturen, Herxheimer u. Nathan 122.
Gonargin 253.
Gonokokkus. Epithelzelle und, Glück 204.
— Bedingungen f. d. natürl. u. künstl. Wachstum des, Dale 318.
Gonokokken im Blute Blennorrhagischer. Nachweis der. Copelli u. Gennari 204.
— dch. Gonokokkenvakzinen. Provokation der, Heller 204.
Gonokokkendiagnostik durch Kutireaktion, Neisser 204.
Gonokokkenkulturen. Wirkung kolloider Metalle auf, Oelze 236.
Gonokokkensepsis, Pflanz 234.
— Genese der, Socin 233.
— blennorrh. Exanthem, blennorrh. Phlebitis, Massini 234.
Gonokokkenvakzinen. Provokation d. Gonokokken durch, Heller 204.
*Gonorrhoe. Diathermiebhdlg. der, Antoni 393.
Gonorrhoisch (-ica) s. Gingivitis, Nebenhodenentzündung, Blennorrhagisch, Blennorrhoisch.
*Gonorrhoeheilung. Provokator. Wirkg. d. Joddämpfe als Kriterium der, Odstrčil 425.
Granugenol Heusner 406, Rothe 406, Saudek 139, Schlenzka 406.
*Granugenpasta, Jacob 137.
*Granuloma pediculatum luposum, Zurhelle 345.

Haare b. Alopezie inf. Verletzungen d. Z.N.S. Pigmentveränderungen d. Haut und, Goldman 122.
Haarpinselbildung b. e. kongen.-syph. Kinde, Frieboes 123.
Haarrichtung d. Haussäugetiere, Nieboda 254.
Hämangioendotheliom, Saalfeld 342.
Hämaturie n. Kriegsverletzung, Berg 188.
— Phosphaturie als Ursache der, Perrier 188.
Hämoglobinurie. Marsch-, Lichtwitz 188.
— Pathogenese d. paroxysmalen Kälte-, Gerber 188.
Hämophilie. Bhdlg. d. Purpura und, Klinger 434.
Hämorrhagische Diathese b. Typhus abdominalis, Paratyphus A u. B, Herz 435.
Hämorrhagischen Diathese b. essentieller Thrombopenie n. Milzexstirpation. Verschwinden der, Kaznelson 434.
Hämorrhagischer Diathesen. Allgemeininfektion m. Staphylococcus albus als Ursache, Levy 434.
Händedesinfektion, Baracz 176.
— ohne Seife, Gocht 360.
*Harn. Technik d. Tuberkelbazillenfärbung in Sputum und, Lipp 26.
— Tages- u. Nacht-, Jespersen 174.
— Bedeutg. d. Basen-Säureverhältnisses im, Salkowski 175.
— s. Eiweiß, Porphyrin, Zucker.
Harns. Theorie d. Residual-, Blum 159.
— Wesen d. Polyurie b. Abflußerschwerung des, Veil 174.
— Klin. Bedeutg. d. Oberflächenspannung des, Posner 175.
— Medikament. Rotfärbung alkalischen, Saake 186.
Harnabsonderung v. chem. u. physiol. Standpunkte, Backman 174.
Harnapparat. Diagnose u. Therapie d. Blutungen aus dem, Casper 174.
Harnblase m. Eukupin. Anästhesierung der, Schneider 108.
— im Kriege. Schußverletzungen der, Kielleuthner 112, Geiges 123.
— Kriegschirurgie der, Flechtenmacher 123.
— Kolibazilleninfektion der, Morris 124.
Harnblasenektopie. Heilung der, Rovsing 109.
Harnblasenfremdkörper, Cattaneo 108.
— Harnröhren- und, Roth 108.
— Fistel durch, Faddei 108.
Harnblasenkarzinom. Diagnose des, Buerger 128.
Harnblasenlähmungen nach intralumbalen Optochininjektionen, Landsberger 107.
Harnblasenleiden im Kriege. Bedeutung u. Bhdlg. der, Munk 109.
Harnblasenpapillomen. Diagnose von, Buerger 128.
— Bhdlg. von, Praetorius 125, Greenberg 127.
— Hochfrequenzströme bei, Key 125.
Harnblasenparalyse usw. Diagnose, Pathogenese u. elektr. Bhdlg. der, Courtade 111.

Digitized by Google

Harnblasenprolaps, Amberger 109.
*Harnblasenschwäche u. d. Enuresis nocturna. Bhdlg. der, Schrader 230.
*— d. Frauen, Samson 213.
Harnblasensteine. Korallenartige, Günther 108.
Harnblasenstörungen b. Soldaten. Nervöse, Juliusberg u. Stetter 110.
Harnblasentuberkulose b. d. Frau. Harnröhren- und, Rosenbach 190.
Harnblasentumoren. Pathologie der, Buerger 128.
— Bhdlg. der, Geraghty 127.
Harnblasenverletzungen. Kriegserfahrungen üb. Harnröhren- und, Körte 111.
Harninkontinenz u. Enuresis nocturna b. Soldaten, Fuchs u. Gross 63.
— Einspritzungen ins Perineum bei, Cahier 64.
Harnorgane. Kriegserfahrgn. üb. Erkältungskrankheiten der, Blum 29.
Harnprobe. Prinzip d. Gramschen Färbung als Grundlage einer prognost. allgem. verwertbaren, Kronberger 186.
Harnröhre d. Mannes. Klappen d. Fossa navicul. in der, Loewenthal 96.
— — — Schwierigkeiten b. d. Durchführung starrer Instrumente dch. die, Goldberg 106.
— Schußverletzungen der, Hofmann 96.
Harnröhrenfremdkörper. Harnblasen- und, Roth 108.
Harnröhrenkanalisation b. kompl. traumat. Narbenstenose, Altorelli 107.
Harnröhrenkarzinom m. priapismusähnl. Folgen. Primäres, Allenbach 107.
Harnröhrenkrankheiten d. Mannes, Kidd 96.
Harnröhrenpapillome. Bhdlg. der, Greenberg 127.
Harnröhrenplastik dch. Venentransplantation, Legueu 106.
Harnröhrentuberkulose b. d. Frau. Blasen- und, Rosenbach 190.
Harnröhrenvarizen b. Manne, Mark u. Carthy 107.
Harnröhrenverletzungen. Kriegserfahrgn. üb. Harnblasen- und, Körte 111.
Harnröhrenwunden u. Verweilkatheter, Rothschild 106.
Harnsäurereaktion im Speichel, Woorden u. Fischer 189.
*Harnsteine. Bildg. d. Gallen- und, Lichtwitz 209.
Harnwege. Fettsteine der, Schahl 174.
Haut u. Haare b. Alopezie inf. Verletzungen d. Z.N.S. Pigmentveränderungen der, Goldman 122.
Hautkapillaren. Klin. Bedeutg. d. Beobachtg. der, Weiss 255.
Hautkapillaren a. lebenden Menschen. Diagnost. Verwertbarkeit d. mikroskop. Untersuchgn. der, Thaller 255.
— Beweggn. der, Thaller 255.
*Hautkrankheiten. Herdinfektion i. Zusammenhang m. gewissen, Ravitch 58.
— Anaphylakt. Nahrungsmittel-Reaktionen bei, Strickler 357.
— im Kriege. Geschlechts- und, Finger 355.
— im Kriege u. Frieden. Statistisches über Geschlechts- und, Pezzoli 356.
— s. Artifiziell, Diät, Urämisch.
Hautlymphgefäße d. Hundes, Baum 254.
Hautnerven. Verteilg. d. menschlichen, Simonelli 255.
*Hautpilzerkrankungen beim Menschen u. Vieh. Zunahme der, Mense 282.
Hautsarkoide. Bakteriol. Studien üb. Lupus pernio und, Schaumann 288.
Hautsensibilitätsbezirke. Struktur d. spinalen, Goldscheider 255.
Hauttumoren. Anatom. Verteilg. der, Beuren 358.
*Adolf Havas †, Rille 15.
Hefepräparat „Biozyme", Dauer-, Arnheim 405.
Heiße Bäder u. verdünnte Dakinlösung b. Blennorrhoe, Duncker 252.
Heliotherapie. Therapeut. Bemerkgn. zur, Heusner 374.
Hermaphroditismus. Begriff u. Definition des, Krizenecky 46.
— verus bilateralis b. Menschen, Kleinknecht 46.
— s. Pseudohermaphroditismus.
Hochfrequenzströme s. Harnblasenpapillome.
Hoden. Prostatahypertrophie und, Praetorius 158.
Hodenektopie. Erhaltung d. Hodens bei, Philipewicz 156.
Höhensonne. Albuminurie n. künstlicher, Dotzel 186.
— b. Hautleiden. Künstliche, Polland 375.
Homosexualität. Ketzergedanken über, Sadger 48.
Hund s. Hautlymphgefäße.
Hydroa aestivale u. vacciniforme, Perutz 139.
Hypergenitalismus—Hypernephrom, Bergh 47.
Hypernephrom—Hypergenitalismus, Bergh 47.
Hypodermo-Dermitis autocontusiva d. Extremitäten, Mori 438.
Hypophyse s. Arthritis.
Hypospadiebehandlung, Weitz 94.

Immunkörper u. -reaktionen. Wirkg. v. Druck auf, Müller 360.
Impotenz. Bhdlg. d. psychischen, Maier 154.

Digitized by Google

Infantilismus. Diabetes insipidus mit, Barabo 173.
— Renaler, Porter 173.
Innere Sekretion und geschlechtl. Potenz, Posner 154.
— Sekretionen. Geschlecht, Geschlechtsleben und, Marañon 32.
— Störungen. Chron. Infektionen des Urogenitalapparates u. unklare, Young 30.
Iontophorese s. Silberiontophorese.

Jodnebenwirkung. Therapie der, Heinen 419.
Jodprobe. Einfache, Schumacher 419, Hecht 420.
Jodwirkung. Therapeutische, Boruttau 419.

Karzinom s. Harnblasen-, Harnröhren-, Vaginalkarzinom.
Kastration a. d. Larynx d. großen Haussäugetiere. Einfluß der, Schreiber 155.
Katheter. Harnröhrenwunden u. Verweil-, Rothschild 106.
Kavakain 238.
Keimdrüsen. Wirkg. eines Hormones des Corpus luteum auf männl. u. weibliche, Herrmann u. Stein 32.
Keratose. Blennorrhoische, Montpellier 140.
Kinder s. Blennorrhoe, Condylomata acuminata, Rektalblennorrhoe.
Kolpitis. Bhdlg. d. Trichomonas-, Hoehne 191.
Kopfhaut s. Nävogener Tumor.
Krieg s. Akne cachecticorum, Diathermie, Erfrierungen, Genitalgangrän, Geschwülste, Harnblase, Harnblasenleiden, Harnblasenverletzungen, Harnorgane, Harnröhrenverletzungen, Nephritis, Nierenerkrankungen, Ödem, Penisplastik, Skorbut, Urogenitalsystem.
*— Geschlechtskrankheiten u. Prostitution, Levin 161, 179, 195, 248, 275, 323, 348.
— Ehe u. Geschlechtskrankheiten, Vogel 240.
— Hautkrankheiten u. Syphilis im, Napoli 285, 286.
Krieges. Dermatologische Beobachtgn. wd. des, Lipschütz 138.
Kriegsbehandlung d. Dermato-Syphilidologie, Kromayer 360.
Kriegsverletzung. Hämaturie nach, Berg 188.
Kurpfuscher. Bhdlgsverbot für, 376.

Labia minora dch. Pubes. Strangulation der, Haslund 189.
Lac Zinci 122.
Laneps eine neue Salbengrundlage, Baer 372, Rapp 372, Galewsky 405.
— Wundbhdlg. mit, Eberstedt 373.
*Leo Leistikow †, Delbanco 153.
*Lepra, bes. d. makulo-anästh. Form. Übertragbarkeit der, Lie 1.
— Tuberkuloseähnl. Gewebsveränderungen bei, Hoffmann 359.
Leprabazillen. Albert Neisser u. die Entdeckung der, Czaplewski 139.
Leukämie s. Pseudoleukämie.
Leukogen 377, 398.
Levurinose 191.
Lichen ruber planus. Allgemeinerscheinungen insbes. Blutveränderngn. bei, Pontoppidan 122.
— sclerosus, Kreibich 139.
Licht s. Quarzlicht.
Lichtbiologische Beobachtung, Collin 375.
Lipomata scroti, Dubinsky 155.
Lippen s. Psoriasis.
Livedo racemosa, Bruhns 218.
Lotional eine fettlose Salbe, Sachs 372.
Luminaldermatitis, Curschmann 438.
Luminalexantheme, Strauss 422.
Lupus erythematodes 218.
— pernio u. Hautsarkoide. Bakteriolog. Studien über, Schaumann 288.
Lupus vulgaris. Fokalreaktion n. d. Tuberkulininjektion beim, Fönss 123.
Luposum s. Granuloma.
Lymphangiom s. Samenstranglymphangiom.
Lymphgefäße s. Hautlymphgefäße.
Lymphatischer Hautveränderungen. Morphologie, Nobl 359.

Makrodaktylie, Sprinz 342.
Malaria. Urobilinogenurie bei, Antic u. Neumann 187.
Mangandioxyd-Hydrosol b. äußerer Anwendung, Sarason 420.
Melanismus d. Cymatophora. Entwicklung des, Hasebrock 287.
Melanom s. Fibromelanom.
Melanose 342, Ledermann 219, Blaschko 338.
Melanotisch s. Pigment.
Menstruation. Nierentuberkulose und, Hofmann 190.
Metallen dch. die Haut. Aufnahme von, Vogt u. Burkhardt 360.
Mikroskopischer Präparate. Farbstifte z. Färbung, Lipp 287.
*Mikrosporon v. Tiertyp. Sycosis parasit. dch. ein neues, Fischer 241.
— xanthodes 241.
Milchbehandlung 238.
Milchinjektionen 223.
Mollphorus als Glyzerinersatz, Meirowsky 406.
Molluscum contagiosum, Diamare 286.
Moronal, Harzbecker 420.
Mycosis fungoides. Klinik b. Pseudoleukämie und, Polland 122.

Digitized by Google

Mykotisch s. Dyshidrosis.
Myom s. Adenomyom.

Nävogener Tumor d. Kapillitums, Sprinz 342.
Naevus follicularis keratosus. Halbseitiger systematisierter, Kleine 139.
Nebenhodenadenomyom, Sakaguchi 157.
Nebenhodenentzündung. Epidemische Speicheldrüsen- und, Eichhorst 157 (Bis).
— Diagnose d. hauptsächlichsten Formen von, Linser 157.
* — Subskrotale Injektionen b. gonorrhoischer, Saudek 384.
— s. Epididymitis.
* Nekrolog für Adolf Havas, Rille 15.
* — — Leo Leistikow, Delbanco 153.
* — — J. Doutrelepont, Fabry 404.
Nephritis fibroplastica maculosa et diffusa 171.
— Überraschende Todesfälle bei, Dietrich 171.
— d. Menschen. Weiße Fleckniere d. Kälber u. interstit. akute, Sakaguchi 171.
— Therapie d. hämorrhagischen, Wolff 171.
— Chronische (M. Brightii), Volhard 171.
— Einfluß reiner Zuckerdiät auf Ödem b. chronischer, Tedesco 433.
— b. Kriegsteilnehmern, Sladek 159.
— im Kriege. Neue Form akuter, Ullmann 160.
— Kriegs-, Kayser 167, Strauss 186.
— Was ist Kriegs-?, Brosch 160.
— Ätiologie d. Kriegs-, Weigel 167, Beitzke u. Seitz 168.
— Zellen d. Blutes u. Harnes i. d. Kriegs-, Labor 168.
— Wert d. Augenspiegeluntersuchg. f. d. Begutachtg. der Kriegs-, Horniker 168.
Nephritiker. Prognost. Bedeutg. d. Hyperkreatinämie der, Rosenberg 172.
Nephritikern. Stickstoffhaltige Retentionsstoffe im Blute bei, Rosenberg 172.
Nephritica. Colica, Rosenfeld 172.
Nephropathie. Ödemkrankheit eine analbuminurische, Franke 424.
Nervenzellen d. Haut, Kreibich 138.
Neugeborene s. Blennorrhoea.
Niere. Weiße Fleck-, Sakaguchi 171.
Nieren. Staphylomykosen der, Schlagenhaufer 173.
Nierendiagnostik. Funktionelle, Noorden 168, Machwitz u. Rosenberg 169.
Nierenerkrankungen. Richtlinien i. d. Klinik der, Umber 170.
— Diagnostik d. entzündl. u. degenerativen, Schrumpf 169.
— Ätiologie d. Herzhypertrophie bei, Ceelen 172.
— b. Kriegsteilnehmern, Preminger 159.
— im Felde. Entstehung der, Hirschstein 167.
Nierenkranke. Organisat. u. klin. Erfahrgn. in d. Sammelstelle für, Schütz 159.
Nierensteins. Selbstzerklüftung eines, Adrian 46.
Nierentuberkulose u. Menstruation, Hofmann 190.
Nierenzyste. Solitäre, Naegeli 173.

Ödem. Kriegs-, Maase u. Zondek 432.
— im Bereich d. vegetativen Neurosen. Quinckesches, Stehr 433.
Ödeme b. chron. Nephritis. Einfluß reiner Zuckerdiät auf, Tedesco 433.
— Eigenartige, Maase u. Zondek 432, Lange 432.
— Harte, Labor 433.
— Hunger-, Knack 433.
Ödemformen. Chemismus verschiedener, Falta u. Quittner 424.
Ödemfrage. Zur, Eppinger u. Steiner 423.
Ödemkrankheit, eine analbuminurische Nephropathie, Franke 424.
— Gehäuftes Auftreten e. eigenartigen, Schiff 433.
— Pathologie der, Schiff 424.
Ophthalmoblennorrhoe. Abortive Bakteriotherapie akuter, Szily u. Sternberg 223.
— Abortivbehandlung der, Possek 223.
— Milchinjektionen bei, Bechstez 223.
Organtherapie s. Sexuelle Störungen.
Orientbeule, Stancanelli 286.

Papillom s. Harnblasen-, Harnröhrenpapillom.
Paraurethraler Gänge. Isolierte blennorrh. Erkrankung, Hellwig 223.
Paschensche Körperchen, Paschen 287.
Pellagra, Sambon 422, Aulde 422.
— Ätiologie der, Page 423.
— Ätiologie u. Bhdlg. der, Yarbrough 422, Bond 423.
Pellidol, Rothe 406.
— Scharlachrot und, Neumayer 420.
Penis s. Elefantiasis.
Penisplastik b. e. Kriegsverletzten, Esser 95.
Perifolliculitis abscedens et suffodiens, Sprinz 342.
Peritonitis s. Salpingo-Oophoritis.
Perkaglyzerin als Glyzerinersatz, Karczag 407, Mendel 407, Odstrčil 407.
— i. d. Urologie, Posner 48.
Perkaglyzerinsalben, Stephan 407.
Pest s. Schweinepest.
Petechialen Exanthem d. epidem. Genickstarre. Histolog. u. histol.-bakteriol. Befunde beim, Pick 434.
— Exantheme. Histologie der, Benda 434.
Phimose. Operation der, Langemak 154.
Phimosen. Apparat z. allmählichen Erweiterung entzündlicher, Simon 142.

Digitized by Google

Phosphaturie als Ursache der Hämaturie, Perrier 188.
Pigment d. Kutis. Das melanotische, Kreibich 139.
Pigmentdrüse i. d. Nasenhaut d. Hasen, Schumacher 254.
Pigmentveränderungen d. Haut u. Haare b. Alopezie inf. Verletzungen d. Z. N. S., Goldmann 122.
Pilzepidemie, Buschke 338.
Pockenähnlicher Ausschlag b. Ferkeln, Vochetzer 144.
Polydaktylie m. Syndaktylie, Sprinz 342.
Polyurie. Eigenartige Form der, Hoffmann 174.
— b. Abflußerschwerung d. Harns. Wesen der, Veil 174.
Porphyrin im Harn n. Trionalvergiftung, Ellinger u. Riesser 187.
Prostata im mittleren Lebensalter. Menschliche, Lowsley 158.
— Bimanuelle Untersuchg. der, Jacobssohn 205.
— Enuresis nocturna b. angeborenem Mangel der, Levin 63.
— b. Climacterium virile. Veränderungen der, Marcuse 158.
Prostatafibrom, Naegeli 159.
Prostatahypertrophie u. Hoden, Praetorius 158.
Prostatektomie, Morton 158.
— Resultate der, Coenen u. Technau 159.
Prostatismus. Organotherapie des, Karo 48.
Prostatitis i. d. allgem. Praxis. Bhdlg. d. chronischen, Robinson 158.
*Prostitution. Krieg, Geschlechtskrankheiten und, Levin 161, 179, 195, 248, 275, 323, 348.
— Soziale Richtlinien d. Bekämpfg. der, Bozi 256.
— gesundheitlich unschädl. zu machen? Ist es unmöglich, die, Neisser 320.
Pseudohermaphroditismus masculinus completus, Möller 46, 47.
Pseudoleukämie, Heller 218.
— u. Mycosis fungoides. Klinik bei, Polland 122.
Psoriasis d. Lippenschleimhaut, Heller 218.
— Dermatitis factitia, D. ekzematiformis und, Rivalta 286.
Purpura erregende Krankheitszustände, Peutz 433.
— u. Hämophilie. Bhdlg. der, Klinger 434.
— Splenogene thrombolytische, Kaznelson 434.
— haemorrhagica 437.
— — Intramusk. Injekt. v. Blut bei, Emsheimer 434.
— rheumatica scorbutiformis, Gabbi 435.
— symptomatica 435.
Pyelitis m. Nachweis d. Erregers im Blut. Akute Koli-, Jürgensen 173.
Pyelozystitis n. Tonsillitis, Mills 125.

Quarzlicht b. Hautkrankheiten, Pisko 375.
Quecksilber. Anaphylaxie gegen, Zigler 418.
— b. Blennorrhoe. Succinimid-, Lake 253.
Quecksilbers im Organismus. Zirkulation des, Lomholt 408.
— Ausscheidungswege des, Almkvist 419.
Quecksilberverbindungen. Desinfektionskraft komplexer organischer, Schrauth u. Schöller 407.

Radium u. Röntgenstrahlen b. primärem Vaginalkarzinom, Levin 191.
— b. nichtmalignen chirurg. Erkrankungen, Abbe 376.
Raynaudsche Krankheit b. e. Syphilitiker, Lévy-Bing u. Gerbay 143.
— — vortäuschend. Erfrierung d. Hand, Yawgen 440.
— — Zerebrale Begleiterscheinungen der, Norman 421.
Rektalblennorrhoe b. Kindern, Stümpke 233.
Renal s. Albuminurien, Diabetes, Infantilismus.
Rheumatismus, Quincke 224.
— u. Haut, Cunningham 358.
Röntgenbefunde b. Bettnässern, Janke 64.
Röntgenbehandlung i. d. Oberflächentherapie. Filtrierte, Stümpke 374.
Röntgenphotographien e. Unterschenkels b. kongenit. Syphilis, Heller 218.
Röntgenrohr. Tiefentherapie-, Wintz 375.
Röntgenstrahlen u. Radium b. primärem Vaginalkarzinom, Levin 191.
— Idiosynkrasie d. Haut gegen, Schütze 374.
Roseolen der Haut bei Wolhynischem Fieber. Histologischer Befund in den, Schmincke 423.

Salbe. Lotional e. fettlose, Sachs 372.
Salbengrundlage. Laneps, eine neue, Baer 372, Galewsky 405, Rapp 372.
Salpingo-Oophoritis. Peritonitis bei blennorrhoischer, Zachariae 233.

Salvarsan.

(S. auch Syphilis I, L.)

I. Allgemeines.

Salvarsan in forensischen Fällen. Nachweis des, Müller 376.
Salvarsanausscheidung im Urin als Wertmesser konzentrierter Injektionen und großer Infusionen, Engwer 391.
Salvarsaninjektion. Verhalten des Urins n. intravenöser, Cavina 286.

Digitized by Google

II. Therapie.

III. Dosierung und Technik.

Salvarsanbehandlung. Wasserschaden in der, Nobl 392.
Salvarsaninjektionen. Intravenöse konzentrierte, Pontoppidan 392.
— Salvarsanausscheidg. im Urin als Wertmesser konzentrierter, Engwer 391.

IV. Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen.

Salvarsan. Spätikterus nach, Heller 218.
Salvarsaninjektion. Eigentüml. Folgen e. intramuskulären, Polland 392.
Salvarsantodesfall, Wadin 391.
Salvarsantodesfälle d. Schwangeren. Pathogenese der, Wechselmann 391.

Samenblasen. Bimanuelle Untersuchg. der, Jacobssohn 205.
Samenstranglymphangiom, Wiesner 156.
Samenstrangsarkom. Primäres peritheliales, Brand 156.
Sarkoide. Boecksche, Hoffmann 342.
— s. Hautsarkoide.
Sarkom s. Samenstrangsarkom.
Scharlachrot u. Pellidol, Neumayer 420.
Schmierölschädigungen d. Haut, 342.
Schüssen. Trophische Störungen nach Schädel-, Rychlik 359.
Schußverletzung s. Harnblase.
Schwangere s. Salvarsantodesfälle.
Schweinepest. Symptomatologie der, Vochetzer 144.
Schweißdrüsen. Innervation der, Dieden 254.
Seife. Händedesinfektion ohne, Gocht 360.
Serum u. Aderlaß. Eigen-, Spiethoff 390.
Serums. Therapeut. Verwendung d. Nachbarwirkg. des Eigen-, Müller 376.
Sexualhygienische Bewegung. Rückblick u. Ausblick a. d. moderne, Ullmann 319.
Sexualorgane. Organotherapie b. Erkrankgn. der, Karo 48.
Sexualpädagogik. Aufgaben der, Timerding 319.
Sexuelle Störungen b. Climacterium virile. Uro-, Marcuse 158.
Sexueller Insuffizienz. Testogan u. Thelygan bei, Bloch 155.
— Störungen. Organotherapie urosexueller- u. dermo-, Marçuse 31.
Silberiontophorese s. Blennorrhoe.
Skorbut 435, Much u. Baumbach 435.
— im Felde, Schneider 435.
— u. Chirurgie, Brüning 436.
Skorbuts. Hämatologie u. Klinik des, Leitner 435.
— Kriegschirurg. Bedeutg. des, Zlocisti 436.
Skorbuts, Ulzero-gangränöse Stomatitisformen des, Zlocisti 437.
Skorbutähnlicher Allgemeinerkrankung. Amyloidentartung der Magenwand bei, Beckert 437.
Skorbutiformis s. Purpura rheumatica.
Skorbutkranken. Beobachtgn. an Hemeralopie- und, Zak 437.
Skrotum s. Lipomata.
Solarson u. Elarson, Bogner 406.
Sonne s. Höhensonne.
Soor s. Vulva.
Speichel. Harnsäurereaktion im, Noorden u. Fischer 189.
Spermainjektionen. Wirkung von, Venema 420.
Spirochäten. Methode z. Sichtbarmachg. v. Bakterien und, Benians 287.
Sporotrichose. Tuberkuloseähnl. Gewebsveränderngn. bei, Hoffmann 359.
Spuman 191.
Staphylokokken. Toxine u. Antitoxine der pyogenen, Russ 288.
Staphylomykosen d. Nieren, Schlagenhaufer 173.
Stein s. Fett-, Harn-, Harnblasen-, Nierenstein.
Stomatitisformen d. Skorbuts. Ulzero-gangränöse, Zlocisti 437.
Strahlenbehandlung s. Vulvaaffektionen.
Streptobacillus urethrae 206.
Styptol s. Erektionen.
Sublimatintoxikation v. d. Scheide aus. Tod durch, Vollmer 407.
*Sycosis parasitaria dch. e. neues Mikrosporon vom Tiertyp, Fischer 241.
*— — profunda. Leukogen bei, Loeb 377, 398.
Syndaktylie. Polydaktylie mit, Sprinz 342.

Syphilis.

I. Erworbene Syphilis.

A. Allgemeiner Teil.

Extragenitale Syphilis:
Zahnfleisches. Harter Schanker des, Gaucher u. Bralez 142.
Kriege. Hautkrankheiten u. Syphilis im, Napoli 285, 286.
Mädchen. Akquirierte Syph. b. e. achtjährigen, Gaucher, Bizard u. Bralez 142.
Reinduratio usw., Hell 138.
Reinfectio usw., Hell 138.
Schankriforme Papeln b. Lues, Hell 138.
Superinfectio usw., Hell 138.
*Tuberkulose d. Vulva auf luet. Basis. Geschwürige, Wichmann 33.
Tuberkuloseähnliche Gewebsveränderungen bei Syphilis, Hoffmann 359.
Verbreitung d. Syphilis. Maßnahmen gg. die, Gaucher 139, 143.

Digitized by Google

B. Ätiologie.

C. Experimentelle Syphilis.

D. Diagnostik.

Gerinnungsprozeß v. Serum u. Blut b. Syphilis, Brieger 340.
Wassermannsche Reaktion. Biolog. Stadien d. Lues und, Wassermann 340.
*— — im Serum des Primäraffektes, Eicke 409.

E. Syphilis der Eingeweide.

Vulva u. Vulvitis diphtherica. Primäraffekt der, Egyedi 190.
*— auf luet. Basis. Geschwürige Tuberkulose der, Wichmann 33.
Zahnfleisches. Harter Schanker des, Gaucher u. Bralez 142.
Zunge b. Syphilis. Fissurierte, Gaucher 140.

F. Syphilis der Haut und deren Anhangsgebilde.

G. Syphilis des Blutes, des Blut- und Lymphgefäßsystems.

Livedo racemosa (Ehrmann), Bruns 218.
Raynaudsche Krankheit b. e. Syphilitiker, Lévy-Bing u. Gerbay 143.

H. Syphilis der Gelenke, Knochen, Muskeln.

I. Syphilis des Nervensystems.

Epilepsie. Syphilitische, Lévy-Bing u. Gerbay 140.
Nervensyphilis b. d. Arabern im Heere, Lévy-Bing u. Gerbay 142.
— b. e. Feldheere, Gougerot 143.

K. Syphilis der Sinnesorgane.

L. Behandlung der Syphilis.

Arsenohyrgol. Enesolersatz, Skutezky 392.
Behandlung d. Syphilis, Zeissl 176.
— — — Früh-, Hoffmann 341.
*— oder Menschenbehandlung? Syphilis-, Merk 413.
Enesolersatz. Arsenohyrgol, Skutezky 392.
— Merarsol, Kren 420.
Kriegsbehandlung d. Syphilido-Dermatologie, Kromayer 360.
Merarsol als Enesolersatz, Kren 420.
Modenol, Frey 420.
Neosalavrsan u. Hg salicyl. b. Syphilis, Ruete 123.
*Novasurol, Gutmann 113.
*— b. Syphilis, Eitel 164.
Öls. Gefahren d. grauen, Gaucher 407.
Quecksilber u. Neosalvarsan b. Syphilis. Salizyl-, Ruete 123.
— b. Syphilis. Benzoesaures, Bory 141.
Salvarsan s. Salvarsan I—IV.
*Syphilistilgung. 10 Jahre amtlicher, Neumayer 49, 71, 82.

II. Erbsyphilis.

Appendizitis b. Hereditär-Syphilitischen, Gaucher 139.
*Behandlung der kongenit. Syphilis. Prognose und moderne, Wise 289.
*Fötus übertragen. Syphilis 16 J. n. d. Infektion auf den, Pedersen 81.
Haarpinselbildung a. d. haarlosen Kopfhaut e. kongenit.-syph. Kindes, Frieboes 123.
Meningitis b. e. Hereditär-Syphilitischen. Zerebrospinal- und syphilitische, Gerbay u. Charon, 144.
Röntgenphotographien e. Unterschenkels b. kongenit. Syphilis, Heller 218.
Spinalparalyse b. Syph. heredit. tarda. Primäre spastische, Wolff 139.
Zunge b. heredit. Syphilis. Fissurierte, Gaucher 140.

Tanargentan-Bolus 221.
Teerpräparat „Cadogel", Polland 392.
Tego-Glykol als Glyzerinersatz, Mendel 407.
Terpentineinspritzungen b. Entzündungen u. Eiterungen, Klingmüller 374.
Testogan 155.
Thelygan 155.
Therapeutische Quellen d. modernen Dermatologie, Scholtz 360.
Tierkohle 220, 253.
Transplantation. Bastardierung und, Hansemann 359.
Trichomonas-Kolpitis 191.
*Trichophytie. Gehäuftes Auftreten der, Galewsky 145.
*Trichophytiefrage. Zur, Unna jr. 335.
Trippers. Bhdlg. des, Zeissl 176.
— Resultate i. d. Bhdlg. d. Harnröhren-, Cornaz 236.
— s. Blennorrhoe, Gonorrhoe, Urethritis.
Trophische Störungen nach Schädelschüssen, Rychlik 359.
*Tuberkelbazillenfärbung im Sputum und Harn. Technik der, Lipp 26.
Tuberkulinbehandlung in der Dermatologie, Ponndorfsche, Muschter 122.
Tuberkulininjektion b. Lupus vulgaris. Fokalreaktion nach der, Fönss 123.
*Tuberkulose d. Vulva auf luet. Basis. Geschwürige, Wichmann 33.
— im weibl. Genitalsystem. Eingangsstelle u. Ausbreitungsweise der, Hartmann 192.
— s. Harnblasen-, Harnröhren-, Nierentuberkulose.
Tuberkuloseähnliche Gewebsveränderungen b. Syphilis, Lepra u. Sporotrichose, Hoffmann 359.
Tumor s. Harnblasen-, Haut-, nävogener Tumor, Geschwülste.

Digitized by Google

Tumoren. Ätiologie u. Biologie der, Saul 358.
— Hautaffektionen als erstes Symptom v. Mediastinal-, Schur 358.
Typhus abdominalis. Toxisches Exanthem bei, Schöppler 421.
— — Hämorrhagische Diathese — Pupura symptomatica u. Skorbut — bei, Herz 435.
Typhosa s. Urethritis.
Typhusschutzimpfungen. Hauterscheinungen nach, Matko 421.

Ulcus vulvae acutum, Lenartowicz 189.
Urämischen Hauterkrankungen. Pathologie der, Gruber 358.
Ureter. Überzähliger, Simon 174.
Urethritis acuta typhosa, Saphier 107.
— Nichtbakterielle, Nixon 107.
— b. d. Frau. Chronische blennorrhagische, Bizard u. Blum 220.
— s. Blennorrhoe, Gonorrhoe, Tripper.
Urethritiden. Ätiologie d. nicht blenorrhoischen, Karnin 107.
Urethroskop f. Diagnose u. Therapie. Zysto-, Macedo 94.
Urobilinogenurie b. Malaria, Antic u. Neumann 187.
Urobilinurie. Bedeutg. der, Hildebrandt 187.
— Klinik der, Kirch 188.
Urogenitalapparates u. unklare innere Störungen. Chron. Infektionen des, Young 30.
Urogenitalsystems. Kriegsverletzungen des, Stutzin u. Gundelfinger 16.
— Antiseptika b. Infektionen des, Ravogli 32.
Urologie. Perkaglyzerin in der, Posner 48.
Urticaria perstans papulosa, Saalfeld 219.
— Pathol. u. therapeut. Studie b. Riesen-, Pagniez u. Vallery-Radot 423.
Urtikarielles Ekzem, Müller 342.

Vaginale Trockenbhdlg. m. Bolus-Biozyme, Berg 221.
— — m. Levurinose, Zacharias 191.
— — m. Tanargentan-Bolus, Hirsch 221.
Vaginalkarzinom. Radium u. Röntgenstrahlen b. primärem, Levin 191.
Vaginaltherapie. Spuman, ein Fortschritt in der Utero-, Trebing 191.
Vaginismus, Neermann 190.
Vakzine s. Gonokokkenvakzine.
Vakzinebehandlung s. Arthritis, Blennorrhoe, Blennorrhoische Komplikationen.
Vakziniforme s. Hydroa.
Varizen s. Harnröhrenvarizen.
Venereologie. Militärische Regionszentrale für Dermatologie und, Gougerot 141.
Verbrennungen I. u. II. Grades. Klebeflüssigkeiten bei, Büllmann 439.
Vulva s. Ulcus, Tuberkulose.
— Soor der, Golliner 190.
Vulvaaffektionen. Strahlenbhdlg. der, Freund 191.
Vulvitis diphtherica. Primäraffekt d. Vulva mit, Egyedi 190.
Vulvovaginitis infantum. Uteruserkrankung bei, Mucha 190.
— blennorrhoica. Tierkohle bei, Géber 220.
— — b. kleinen Mädchen. Fieberbdlg. der, Ylppö 221.

Warzen. Entstehungsweise der, Cronquist 123.
Wolhynischem Fieber. Histolog. Befund in d. Roseolen d. Haut bei, Schmincke 423.
Wundbehandlung, Spiegel 372.
— m. Dakinscher Lösung, Hirschberg 373.
— m. Laneps, Eberstedt 373.
— Schädlichkeit der essigs. Tonerde b. d. feuchten, Gelinsky 373.
Wundflächen. Überhäutung großer, Spiegel 372.

Zellstudien, Rosenstadt 254.
Zirkumzision. Technik der, 94.
Zuckermengen im Harn. Qualitat. Nachweis kleiner, Gellmuyden 189.
Zuckernachweis im Urin. Methylenblau zum, Liebers 189.
Zyste s. Nierenzyste.
Zystistis. Chronische, Praetorius 124.
— s. Pyelozystitis.
Zystoskopische rektovesikale Durchleuchtung, Pelouze 80.
Zystostomie. Suprasymphysäre, Kalb 108.

Digitized by Google

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten.

Abbe, Robert, Radium b. nichtmalignen chirurg. Erkrankungen 376.
Abramowitz, M., Die Bedeutg. d. Jods bei Blennorrhoea 253.
Adrian, C., Ein Fall von Selbstzerklüftung eines Nierensteines 46.
Åhmann, Gösta, Über primäre Epididymitis 157.
Aichel, Otto, Vorläufige Mitteilg. üb. Entstehg. u. Bedeutg. d. Augenbrauenwülste, zugl. ein Beitrag z. Abänderung d. Knochenform dch. physiol. Reizg. d. Periostes 254.
Allenbach, E., Primäres Urethralkarzinom m. priapismusähnlichen Folgen 107.
Almkvist, J., Untersuchgn. üb. die Ausscheidungswege des Quecksilbers 419.
Altobelli, Raffaele, Kanalisation d. Urethra b. kompletter traumatischer Narbenstenose 107.
Amberger (Frankfurt a. M.), Ein seltener Fall von Prolaps der Harnblase 109.
Antic, D. u. Neumann, F., Urobilinogenurie bei Malaria 187.
*Antoni, Ein Btrg. z. Diathermiebhdlg. d. Gonorrhoe 393.
Arnheim, Erfahrgn. m. d. Dauerhefepräparat „Biozyme" 405.
Arning 338, 342.
Arzt, Leopold, Über Exantheme b. Cholera asiatica 421.
Aulde, John, Pellagra. Eine kritische Studie 422.

Bachem, C., Ein neuer brauchbarer Glyzerinersatz 406 (Bis).
Bachrach (Frankfurt a. M.), Die nichtvenerischen Genitalgeschwüre 79.
Backman, E. L, Die Absonderung d. Urins vom chem. u. physiolog. Standpunkte 174.
Baer, Erfahrgn. m. d. neuen Salbengrundlage „Laneps" 372.
— 340.
Baer, Th., Üb. Versuche m. d. neuen Antiblennorrhoikum „Choleval" 239.
Ballenger u. Elder, Die Bhdlg. d. blennorrhoischen Follikulitis dch. Kauterisation m. dem D'Arsonval-Strome 233.
Barabo, Th., Über Diabetes insipidus mit Infantilismus 173.
v. Baracz (Baroncz), R., Zur Frage d. Desinfektion d. Hände m. bes. Berücksichtgg. d. Kriegschirurgie 176.
Barnes, William S., Chronische Blennorrhoe 221.
Baum, Hermann, Die Lymphgefäße d. Haut d. Hundes 254.
Baumbach, Karl s. Much.
Bechstez, Ernst, Z. Bhdlg. d. Blennorrhoe des Auges m. Milchinjektionen 223.
Beckers, Wilhelm, Zur Rehabilitation d. Balsamum Copaivae, veranlaßt dch. Bukkosperin 392.
Beckert, Günther, Ausgedehnte isolierte Amyloidentartung d. Magenwand b. skorbutähnlicher Allgemeinerkrankung (Purpura haemorrhagica) 437.
Beitzke, H. u. Seitz, Untersuchgn. üb. die Ätiologie d. Kriegsnephritis 168.
Benda, C., Zur Histologie d. petechialen Exantheme 434.
Benians, H. C., Methode zur Sichtbarmachung v. Bakterien u. Spirochäten 287.
Berg, Die vaginale Trockenbhdlg. mit Bolus-Biozyme 221.
Berg, Georg, Zur Hämaturie n. Kriegsverletzung 188.
van den Bergh, A. A. Hijmans, Hypernephrom-Hypergenitalismus 47.
Bergmark, G., Gibt es einen renalen Diabetes im klinischen Sinne? 173.
Berliner (Breslau), Üb. die Verwendg. des „Balnazid" 392.
Bettmann 340.
van Beuren, F. T., Die anatom. Verteilg. der Hauttumoren 358.
Bizard, Léon u. Blum, Paul, Chronische blennorrhagische Urethritis b. d. Frau 220.
—, s. Gaucher.

Digitized by Google

Björnwall, Üb. Schädigungen d. Haut dch. Elektrizität 438.
Blaschko, Adolf, Neues Gesetz z. Bekämpfg. der Geschlechtskrankheiten 256.
— Melanose 338.
— Der Kampf gg. die Geschlechtskrankheiten in England 343, 344.
— 176, 341.
Bloch, Iwan, Weitere Mitteilungen z. Bhdlg. der sexuellen Insuffizienz mit Testogan u. Thelygan 155.
Blum, Paul s. Bizard.
Blum, Victor, Kriegserfahrgn. üb. Erkältungskrankheiten der Harnorgane 29.
— Zur Theorie d. Residualharns 159.
Blumenthal 339.
Bogner, Elarson u. Solarson 406.
Bond, H. E., Ätiologie u. Bhdlg. d. Pellagra 423.
Boruttau, H., Btrge. z. therapeut. Jodwirkung 419.
Bory, Louis, Üb. die Nutzbarmachung eines neuen Präparates von benzoesaurem Quecksilber b. d. Syphilisbehandlung 141.
Bozi (Bielefeld), Soziale Richtlinien d. Prostitutionsbekämpfung 256.
Bralez, J. s. Gaucher.
Brand, Adolph, Primäres peritheliales Sarkom des Samenstrangs 156.
Braun (Solingen), Die Diathermie im Kriege 374.
Breuning, Condylomata acuminata b. Kindern 139.
Brieger, Klin. Bedeutg. d. Gerinnungsprozesses von Serum u. Blut dch. Alkohol b. Syphilis 340.
Brölemann, Die Bhdlg. d. komplizierten Blennorrhoe des Mannes 235.
Brosch, A., Was ist Kriegsnephritis? 160.
Brown, Edward Manning 144.
Brüning, F., Skorbut u. Chirurgie 436.
Bruhns, C., Livedo racemosa 218.
— Erythema chronicum migrans 219, 340.
*— Zur gegenwärtigen Bartflechtenepidemie 225.
— 219, 339, 342.
Bucura, C., Aktuelles üb. die Blennorrhoe d. Weibes 220.
— Zur Diagnose der Blennorrhoe b. Weibe 220.
Büllmann, Über Bhdlg. d. Verbrennungen I. und II. Grades m. Klebeflüssigkeiten 439.
Buerger, Leo, Tumoren d. Blase; ihre Pathologie u. spez. Berücksichtgg. der Diagnose v. Papillom und Karzinom 128.
Burkhardt, Jean Louis s. Vogt.
Buschke, Pilzepidemie 338.
Butte u. Simon, Clément, Fall von vereiternder blennorrhoischer Orchiepididymitis 142.
Cahier, M., Bhdlg. d. Incontinentia urinae m. Einspritzgn. ins Perineum 64.
Cambell, A., Ein Vakuumbougie z. Bhdlg. d. chronischen Blennorrhoe 222.
Carthy, Harvey, E. M. s. Merk.
Casper, L., Diagnose u. Therapie d. Blutungen aus dem Harnapparat 174.
Cattaneo, Feresio, Btrg. z. Kenntnis d. Blasenfremdkörper 108.
Cavina, Cesare, Üb. das Verhalten d. Urins nach intraven. Injektion von Salvarsan 286.
Chajes 340.
Charon, J. s. Gerbay.
Ceelen, W., Zur Ätiologie d. Herzhypertrophie b. Nierenerkrankungen 172.
Coenen, H. u. Technau, Die Resultate der Prostatektomie 159.
Collie, John, Über artifizielle Hautkrankheiten 437.
Collin, E., Eine lichtbiologische Beobachtung 375.
Copelli, Mario u. Gennari, Angelo, Üb. den Nachweis d. Gonokokken im Blute Blennorrhagischer 204.
Cornaz, Gorger, Resultate i. d. Bhdlg. d. Harnröhrentrippers 236.
Courtade, D., Diagnose, Pathogenese u. elektr. Bhdlg. der Blasenparalyse, die nach organ. Veränderungen des Nervensystems auftritt 111.
Cronquist, Carl, Zur Entstehungsweise der Warzen 123.
Csernel, Eugen, Üb. die Morphologie d. Flecktyphuserregers 288.
Cunningham, William P., Rheumatismus u. die Haut 358.
Curschmann, H., Über Luminaldermatitis 438.
Czaplewski (Köln), Albert Neisser u. die Entdeckung der Leprabazillen 139.

Dale, Leverett, Die Bedingungen f. d. natürl. u. künstl. Wachstum d. Gonokokkus 318.
*Delbanco, Ernst, Leo Leistikow † 153.
— 32, 340.
Diamare, Vincenzo, Molluscum contagiosum 286.
Dieden, Hermann, Klin. u. experim. Studien üb. die Innervation d. Schweißdrüsen 254.
Dietrich, A., Überraschende Todesfälle b. Nephritis 171.
Dosmar, Die Vakzinebhdlg. d. blennorrhoischen Arthritis 235.
Dotzel, Edward, Albuminurie nach Bestrahlung m. künstlicher Höhensonne 186.
Doutrelepont, Joseph 360, 404.
Dubinsky (Bern), Über Lipomata scroti 155.

Digitized by Google

Dufaux, L., Das neue Injektionsmittel z. Blennorrhoebehandlung, Choleval, in fester, haltbarer (Pulver- u. Tabletten-) Form 239.
Duncker, Fr., Die kombinierte Bhdl. d. Blennorrhoe m. Heißbädern u. verdünnter Dakinlösung 252.
v. Dziembowski, Das Wesen u. die Pathogenese der orthostatischen Albuminurie 187.

Eberstedt, Über Wundbhdlg. m. Laneps, 373.
Egyedi, Eine Kombination v. syphilit. Primäraffekt d. Vulva m. isolierter Vulvitis diphtherica 190.
Ehrmann, Salomon 224, 344.
Eichhorst (Zürich), Über epidemische Speicheldrüsen- und Nebenhodenentzündung 157 (Bis).
Eicke, Zum Eiweißnachweis im Urin 187.
*— Wassermannsche Reaktion im Serum des Primäraffektes 409.
*Eitel, Wilhelm, Die Bhdlg. d. Syphilis m. Novasurol 164.
Elder s. Ballenger.
Ellinger u. Riesser, Zur Kenntnis des im Harn nach Trionalvergiftung auftretenden Porphyrins 187.
Emmerich, Die diagnost. Verwertbarkeit der Thermopräzipitinreaktion nach Schürmann bei chron. Blennorrhoe 205.
Emsheimer, H. W., Die intramuskul. Injektion v. Blut b. d. Bhdlg. d. Purpura haemorrhagica 434.
Engwer, Üb. akute urethritische Prozesse bakterieller (nicht blennorrhoischer) Natur nach abgelaufenem Tripper oder bei chron. Blennorrhoe u. den Streptobacillus urethrae Pfeiffer in ätiolog. Beziehg. zu ihnen 206.
— Üb. die Bhdlg. d. Kinderblennorrhoe mittels der „Fiebertherapie" (Weiss) 220.
— Salvarsanausscheidung im Urin als Wertmesser konzentrierter Injektionen u. großer Infusionen 391.
Eppinger, Hans u. Steiner, Georg, Zur Ödemfrage 423.
Esser, J. F. S., Penisplastik b. e. Kriegsverletzten 95.

*Fabry, J., Weitere Mitteilungen über Erosio interdigitalis blastomycetica 321.
*— J. Doutrelepont † 404.
Faddei, Domenico, Üb. eine Blasen-Foramen-obturatorium-Haut-Fistel, entstanden dch. Fremdkörper in der Blase 108.
Falta, W. u. Quittner, W., Üb. den Chemismus verschiedener Ödemformen 424.
Fein, Johann, Zur Bekämpfg. d. Geschlechtskrankheiten 355.
Finger, Ernest, Geschlechts- u. Hautkrankheiten im Kriege 355.
— Die Bekämpfg. d. Geschlechtskrankheiten im Hinterlande 355.
— 240.
Fischer, Ilse s. Noorden.
*Fischer, W., Sycosis parasitaria, dch. e. neues Mikrosporon v. Tiertyp (M. xanthodes) 241.
— 339.
Flechtenmacher, Carl, Btrg. z. Kriegschirurgie d. Blase 123.
Fönss, Aage L., Die Fokalreaktion n. d. Tuberkulininjektion beim Lupus vulgaris 123.
Franke, Margan, Ödemkrankheit, eine analbuminurische Nephropathie 424.
Freund, Leopold, Zur Strahlenbehdlg. der Vulvaaffektionen 191.
Frey, Über Modenol 420.
Frieboes, W., Haarpinselbildung auf der sonst vollkommen haarlosen Kopfhaut eines kongenit.-syphilit. Kindes 123.
— Erfahrgn. b. Cholevalbhdlg. d. Blennorrhoe b. Männern u. Weibern 239.
Friedberger, E. u. Heyn, A., Die Thermopräzipitinreaktion nach Schürmann als Diagnostikum bei Blennorrhoe 205.
Fuchs, A. u. Gross, S., Incontinentia vesicae u. Enuresis nocturna b. Soldaten 63.

Gabbi, Umberto, Purpura rheumatica scorbutiformis 435.
Gad-Andersen, K. L., Eine Schnellmethode zur quantitativen Eiweißbestimmung im Urin 187.
*Galewsky, Zur gegenwärtigen Bartflechten-Epidemie 79.
*— Über das gehäufte Auftreten der Trichophytie 145.
— Cignolin, ein synthetisches deutsches Chrysarobin, und Laneps, eine neue Salbengrundlage 405.
— 339, 340.
Gans, Harnröhrensekret- u. Flockenuntersuchung im Anschluß an intravenöse Arthigoninjektion zur Feststellung d. Blennorrhoeheilung 204.
— Kann eine Verbreitung der Blennorrhoe und der damit verknüpfte Geburtenrückgang nach Friedensschluß eingeschränkt werden? 203.
Gappisch, Anton 96.
Gaucher, Eine Familie von Hereditär-Syphilitischen: fünf Appendizitiden unter acht Kindern 139.
— Bericht üb. Maßnahmen gg. die Verbreitg. d. Syphilis 139.

Digitized by Google

Gaucher, Die fissurierte oder rissige Zunge, ihr syphilit. oder hereditär-syphilit. Ursprung 140.
— Bericht d. militär. Sanitätskommission über Maßnahmen gg. die Verbreitung der Syphilis 143.
— Die Gefahren d. grauen Öls 407.
— Bizard, L. u. Bralez, J., Akquirierte Syphilis b. e. 8jähr. Mädchen (von seiten der Mutter) 142.
— u. Bralez, J., Harter Schanker des Zahnfleisches 142.
— 240.
Géber, Hans, Üb. die Bhdlg. d. Vulvovaginitis blennorrhoica b. Kindern m. Tierkohle (Merck) 220.
Geiges, Fritz, Schußverletzungen d. Harnblase 123.
Gelinsky, Ernst, Die Schädlichkeit d. essigsauren Tonerde u. die Wirkung anderer Verbandwässer, bes. d. Bleiwassers, b. d. feuchten Wundbehandlung 373.
Gellmuyden, H. Chr., Üb. den qualitativen Nachweis kleiner Zuckermengen im Harn 189.
Gennari, Angelo s. Copelli.
Geraghty, J. T., Bhdlg. der Blasen-Tumoren 127.
Gerbay, F. u. Charon, J., Zerebrospinalmeningitis u. syphil. Meningitis b. einer Hereditärsyphilitischen m. Sekundärerscheinungen 144.
— s. Lévy-Bing.
Gerber, O. P., Zur Pathogenese d. paroxysmalen Kältehämoglobinurie 188.
Glück, A., Epithelzelle u. Gonokokkus 204.
Gocht, Händewaschen (Händedesinfektion) ohne Seife 360.
Götze (Kiel), Die Bewertg. d. Gonargintherapie und -diagnostik 253.
Goldberg, B., Schwierigkeiten b. d. Durchführung starrer Instrumente dch. die Harnröhre d. Mannes 106.
Goldman, Rudolf, Pigmentveränderg. d. Haut u. Haare b. Alopezie inf. v. Verletzungen d. Zentralnervensystems 122.
Goldscheider, A., Üb. die Struktur d. spinalen Sensibilitätsbezirke d. Haut 255.
Golliner, Soor d. Vulva 190.
Gougerot, H., Organisation u. Tätigkeit einer militärischen Regionszentrale für Dermatologie u. Venereologie 141.
— Nervensyphilis b. e. Feldheere 143.
*v. Graffenried, Curt, Beitrag zur Frage der mykotischen Dyshidrosis (Kaufmann-Wolf) 361.
Greenberg, Geza, Bhdlg. d. Blasen- u. Harnröhrenpapillome 127.
Gross, S. s. Fuchs.
Günther, Korallenartige Blasensteinbildungen b. e. jugendl. Individuum 108.
Guiteras, Ramon 144.
Gundelfinger s. Stutzin.
*Gutmann, C., Über Novasural 113.

Haedicke, Georg, Interne Antiblennorrhoika und Kavakain 238.
Hahn 344.
Hamburger, Richard, Zur Vakzinebhdlg. der Blennorrhoe d. Kinder 207.
Hammer, F., Bekämpfg. der Geschlechtskrankheiten 355.
von Hansemann, D., Beeinflußt d. Krieg die Entstehg. od. das Wachstum von Geschwülsten 359.
— Bemerkg. üb. die Beziehg. d. Bastardierung z. Transplantation 359.
Hartmann, J. P., Üb. die Eingangsstelle u. die Ausbreitungsweise der Tbc. im weiblichen Genitalsystem 192.
Harzbecker, Moronal 420.
Hasebrock, K., Die Entwicklg. d. Melanismus d. Cymatophora or. F. ab. albingensis Warn n. d. mikroskop. Bilde 287.
Haslund, Otto, Üb. spontane partielle Strangulation d. Labia minora dch. Pubes verursacht 189.
Havas, Adolf 15.
*Hecht, Hugo, Untersuchgn. üb. Sitz der genitalen Geschwüre beim Manne 129.
— Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 355.
— Eine einfache Jodprobe 420.
*Heim, Gustav, Hautkrankheiten bei farbigen Rassen 257, 302.
Heinen, Wilh., Beitrag z. Therapie d. Jodnebenwirkung 419.
Hell, F., Reinduratio, Reinfektio, Superinfektio und schankriforme Papeln bei Lues 138.
Heller, Julius, Üb. die Provokation v. Gonokokken dch. intravenöse Einspritzung von Gonokokkenvakzinen 204.
— Psoriasis d. Lippenschleimhaut 218.
— Pseudoleukämie 218.
— Spätikterus nach Salvarsan 218.
— Röntgenphotographien e. Unterschenkels b. kongenitaler Syphilis 218.
— 220.
Hellwig, Alexander, Zwei Fälle isolierter blennorrh. Erkrankg. paraurethraler Gänge 223.
Herrmann, Edmund u. Stein, Marianne, Üb. die Wirkg. eines Hormones des Corpus luteum auf männl. u. weibliche Keimdrüsen 32.
Herxheimer, K. u. Nathan, E., Über glyzerinfreie Schüttelmixturen: Cremor Zinci u. Lac Zinci 122.

Digitized by Google

Herz, Albert, Üb. hämorrhagische Diathese — Purpura symptomatica u. Skorbut — bei Typhus abdominalis, Paratyphus A u. Paratyphus B 435.
Hesse, Max, Elefantiasis d. Penis 123.
Heusner, Hans L., Therapeut. Bemerkgn. zur Heliotherapie 374.
— Granugenol Knoll in der Dermatologie 406.
— Bhdlg. d. Blennorrhoe u. ihrer Nebenerkrankungen m. Wärme 237.
Heyn, A. s. Friedberger.
Hildebrandt, Die Bedeutg. d. Urobilinurie f. d. Unterscheidg. der mit Ödemen einhergehenden Herz-, Leber- und Nierenerkrankungen, zugleich f. d. Prognose u. Therapie d. Herzkrankheiten 187.
Hirsch, Zur vaginalen Tanargentan-Bolus-Trockenbehandlung 221.
Hirschberg, O., Zur Wundbehandlung mit Dakinscher Lösung. Physiologische Antisepsis 373.
Hirschfeld, Magnus, Über Geschlechtsdrüsenausfall mit neuer Kasuistik 47.
Hirschstein, Zur Entstehung der Nierenerkrankungen im Felde 167.
Hoehne, Die Bhdlg. d. Trichomonaskolpitis 191.
Hoffmann, Frühbehandlung d. Syphilis 341.
— Fibromelanom 342.
— Boecksche Sarkoide 342.
— Tuberkuloseähnl. Gewebsveränderg. b. Syphilis, Lepra und Sporotrichose 359.
— 339.
R. v. Hofmann, Karl, Schußverletzungen der Harnröhre 96.
— Üb. eine eigenartige Form der Polyurie 174.
Hofmann, Willy, Nierentuberkulose u. Menstruation 190.
Holste, Arnold, Die Diurese 174.
Horn, Max, Demobilisierung und Geschlechtskrankheiten 357.
Horniker, Eduard, Der Wert d. Augenspiegeluntersuchg. f. d. Begutachtung d. Kriegsnephritiden 168.
Hyman, A., Blennorrhoe u. ihre Komplikationen, Bhdlg. m. d. atoxischen Antigonokokkenvakzine von Nicolle u. Blaizot 222.

Ihle, Max 256.

*Jacob, Paul, Erfahrgn. mit der Granugenpaste 137.
Jacobssohn, Julius, Die bimanuelle Untersuchung der Vorsteherdrüse u. d. Samenblasen u. ihre Bedeutg. f. d. Bhdlg. der Blennorrhoe 205.
Jadassohn, Joseph, Epitheliome am Rumpfe 340.
— 256, 338, 339, 340, 341.
Janke (Königsberg), Röntgenbefunde bei Bettnässern. Weitere Btrge. zur Erblichkeit der Spina bifida 64.
Jespersen, Kai, Tages- u. Nachturin 174.
Jürgensen, E., Ein Fall v. akuter Kolipyelitis m. Nachweis d. Erregers im Blut 173.
Juliusberg, Fritz u. Stetter, Karl, Über nervöse Blasenstörungen bei Soldaten 110.

Kalb, Otto, Über suprasymphysäre Zystostomie 108.
Kall, Die Cholevalbhdlg. d. Blennorrhoe 252.
Karczag, L., Über das Perkaglyzerin 407.
Karmin, Walther, Btrg. zur Ätiologie der nichtblennorrhoischen Urethritiden 107.
Karo, Weitere Erfahrungen über Organotherapie b. Erkrankgn. der Sexualorgane, speziell bei Prostatismus 48.
Kaufmann-Wolff 219, 342.
Kaup, Ignaz 96.
Kayser, Curt, Btrge. z. Kenntnis der Kriegsnephritis 167.
Kaznelson, Paul, Verschwinden d. hämorrhagischen Diathese b. e. Falle von „essentieller" Thrombopenie (Frank) nach Milzexstirpation. Splenogene thrombolytische Purpura 434.
Key, Einer, Üb. die Bhdlg. der Blasenpapillome m. hochfrequenten elektr. Strömen 125.
Kidd, Frank S., Die Krankheiten d. Harnröhre d. Mannes 96.
Kielleuthner (München), Über Schußverletzungen der Harnblase im Kriege 112.
Kirsch, A., Ein Btrg. z. Klinik d. Urobilinurie 188.
Klause, Karl, Üb. Vakzinebhdlg b. Blennorrhoe 238.
Kleine, Alfred, Üb. einen halbseitigen systematisierten Naevus follicularis keratosus 139.
Kleinknecht, A., Ein Fall von Hermaphroditismus verus bilateralis b. Menschen 46.
Klinger, Z. Bhdlg. d. Purpura u. Hämophilie 434.
Klingmüller, Üb. Bdlg. v. Entzündungen u. Eiterungen dch. Terpentineinspritzungen 374.
— 340.
Klose, F., Bakteriolog. u. serolog. Untersuchgn. m. d. Fränkelschen Gasbrandbazillus 287.
Knack, Üb. Hungerödeme 433.
Kneise, Otto 144.
Körbl, H. 96.
Körte, Kriegserfahrungen über Verletzungen d. Harnblase u. Harnröhre 111.

Digitized by Google

Koller, H., Die Silberiontophorese i. d. Therapie d. Blennorrhoe 238.
Krausz, J., Zur Milchbhdlg. d. Blennorrhoe 238.
Kreibich, C., Nervenzellen der Haut 138.
— Über das melanotische Pigment der Kutis 139.
— Lichen sclerosus 139.
*— Zu Blochs Dopareaktion 193.
Kren, Otto, Merarsol, ein Ersatzpräparat f. Enesol 420.
Krizenecky, Jaroslav, Einige Bemerkungen zu Begriff u. Definition des Hermaphroditismus 46.
Kromayer, Kriegsbehandlung d. Syphilido-Dermatologie, Fettersparnis 360.
Kronberger, Das Prinzip der Gramschen Färbung als Grundlage einer prognostisch allgem.-verwertbaren Urinprobe 186.
Küttner, Hermann, Weitere Btrge. zur Kenntnis der spontanen Genitalgangrän b. Kriegsteilnehmern 29.
— Die spontane, infektiöse Gangrän d. Penis u. Skrotums b. Kriegsteilnehmern 95.
Kujumdzreff, M., Btrg. z. Lehre v. der Blennorrhoea neonatorum 207.
Kuznitzky, E., Üb. die Bhdlg. der Frauenblennorrhoe mit Protargolsalbe 221.
Kyrle, J., Über spontane, infektiöse Gangrän d. Penis u. Skrotums b. Kriegsteilnehmern 95.
— 344.

Labor, Marcello, Die Zellen d. Blutes u. d. Harnes i. d. Kriegsnephritis 168.
— Zur Kasuistik d. harten Ödeme 433.
Lake, Geo B., Bhdlg. d. Blennorrhoe m. intramuskulären Succinimid-Quecksilberinjektionen 253.
Landsberger, O., Über Blasenlähmungen nach intralumbalen Optochininjektionen 107.
Lange, Üb. das Auftreten eigenartiger Ödemzustände 432.
Langemak, Zur Operation d. Phimose 154.
Laudecker, Alfons, Zur Bhdlg. blennorrhoischer Gelenkentzündung 235.
Ledermann, Melanose 219.
— Aleppobeule 340.
— Bromakne 342.
— 218, 219, 338.
Lefort, Albert, Blennorrhoische Infektion der Urethraldrüsen 224.
Legueu, Die Plastik der verletzten Urethra dch. Venentransplantation 106.
Leitner, Philipp, Btrg. z. Hämatologie u. Klinik des Skorbuts 435.
Lenartowicz, Jan T., Über Ulcus vulvae acutum (Lipschütz) 189.
Lesser, Edmund 208.
Lesser, F. 341.
Levin, Ernst, Enuresis nocturna b. e. Erwachsenen mit angeborenem Mangel der Vorsteherdrüse 63.
*— Krieg, Geschlechtskrankheiten u. Prostitution in ihren Wechselbeziehungen 161, 179, 195, 248, 275, 323, 348.
Levin, Isaac, Primäres Vaginalkarzinom m. Radium u. Röntgenstrahlen behandelt 191.
Levy, Margarethe, Allgemeininfektion m. Staphylococcus albus als Ursache hämorrhagischer Diathesen 434.
Lévy-Bing u. Gerbay, Syphilitische Epilepsie 140.
— — Die Syphilis, insbes. deren nervöse Erscheinungen b. d. Arabern im Heere 142.
— — Raynaudsche Krankheit b. e. Syphilitiker m. Sekundärerscheinungen 143.
Lichtwitz, L., Über Marschhämoglobinurie 188.
*— Üb. die Bildung der Harn- u. Gallensteine 209.
*Lie, H. P., Einiges von der Übertragbarkeit der Lepra, insbes. ihrer makuloanästhet. Form 1.
Liebers, Üb. die Anwendg. d. Methylenblaus zum Zuckernachweis im Urin 189.
Linser (Tübingen), Zur Diagnose der hauptsächlichsten Formen von Nebenhodenentzündung 157.
*Lipp, Hans, Zur Technik der Tuberkelbazillenfärbung in Sputum u. Harn 26.
— Üb. die Verwendg. v. Farbstiften zur Färbung mikroskopischer Präparate 287.
Lipschütz, B., Dermatologische Beobachtgn. wd. des Krieges 138.
*Loeb, Heinrich, Leukogen (Höchst), ein Spezifikum gg. Sycosis parasitaria profunda u. weitere Erfahrgn. üb. Leukogen 377, 398.
Loewenthal, N., Bemerkgn. üb. d. Klappen der Fossa navicularis in der Harnröhre d. Mannes 96.
Lohnstein, Hugo 128.
Lomholt, Svend, Ein Fall von Akrodermatitis chron. atrophicans (Herxheimer) m. sekundären Infiltrationen u. Ulzerationsbildung 123.
— Die Geschlechtskrankheiten in Kopenhagen vor und nach 1906 343.
— Die Zirkulation des Quecksilbers im Organismus 408.
Lowsley, Oswald S., Die menschliche Prostata im mittleren Lebensalter 158.
Lydston, G. Frank, Geschlechtsdrüsenüberpflanzung 155.

Maase, C. u. Zondek, H., Üb. eigenartige Ödeme 432.
— — Das Kriegsödem 432.

Digitized by Google

Macedo, Morales, Ein Zystourethroskop f. Diagnose u. Therapie 94.
Machwitz, Hermann u. Rosenberg, Max, Kritisches Referat üb. die Methoden der funktionellen Nierenuntersuchung 169.
Macy, Marry Sutton, Hypophyse bei blennorrhoischer Arthritis 234.
Maier, Hans W., Zur Bhdlg. d. psychischen Impotenz 154.
Marañon, G., Geschlecht, Geschlechtsleben u. innere Sekretionen 32.
Marcuse, Max, Zur Organtherapie urosexueller u. dermosexueller Störungen 31.
— Zur Kenntnis des Climacterium virile, insbes. über urosexuelle Störungen u. Veränderg. d. Prostata bei ihm 158.
Mark, Ernest G. u. Carthy, Harvey E. M., Ein Fall von Varizen d. Harnröhre d. Mannes 107.
Martiri, Adolfo, Zur Verhütung d. Eintrocknens bakteriolog. Nährböden 319.
Massini, Rudolf, Über Gonokokkensepsis, blennorrhoisches Exanthem, blennorrhoische Phlebitis 234.
Matko, J., Hauterscheinungen n. Typhusschutzimpfungen 421.
May, Otto, Der Ärztestand u. die Bekämpfg. der Geschlechtskrankheiten 342.
Mayer, Theodor, Z. Bhdlg. renitenter Blennorrhoeerkrankungen 236.
Meiner, Arthur 344.
Meirowsky u. Stiebel, Cignolin, ein Ersatzpräparat für Chrysarobin 405.
— „Mollphorus" als Glyzerinersatz 406.
Mendel, Perkaglyzerin u. Tego-Glykol, zwei Glyzerin-Ersatzmittel 407.
*Mense, C., Zur Zunahme der Hautpilzerkrankungen beim Menschen und Vieh 282.
Menser, Z. Bekämpfg. d. Geschlechtskrankheiten 176.
Merian, Louis, Experim. Btrge. zur Buchweizenerkrankung (Fagopyrismus) d. Tiere 421.
*Merk, Ludwig, Syphilisbehandlung oder Menschenbehandlung? 413.
Meyer, Fritz M., Üb. die Bhdlg. d. Blennorrhoe d. Mannes m. Choleval 252.
— 340.
Meyer, Kurt, Üb. Argaldin, ein neues Silbereiweißpräparat 239.
Mills, H. Brooker, Pyelozystitis u. metastatische Abszesse als Folge von Tonsillitis 125.
Möller, Paul, Ein Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus completus 46, 47.
Montpellier, J., Fall von blennorrhoischer Keratose 140.
— Bemerkungen üb. den Bubo u. sein Vorherrschen a. d. linken Seite 142.
Moreau, Laurent, Abszesse u. Schorfe dch. Chinin 112.
Mori, A., Hypodermo-Dermitis autocontusiva d. Extremitäten 438.
Moritz 342.
Morris, Robert T., Kolonbazillus-Infektion der Blase 124.
Morton, Henry H., Einige Gedanken üb. Prostatektomie 158.
Much, Hans u. Baumbach, Karl, Skorbut 435.
Mucha, V., Zur Frage der Uteruserkrankung bei Vulvovaginitis infantum 190.
Müller (Metz) 342.
Müller, Urtikarielles Ekzem 342.
Müller, Gerhard, Experimentelle Untersuchgn. üb. d. Nachweis d. Salvarsans in forensischen Fällen 376.
Müller, Rudolf, Üb. die Wirkg. v. Druck auf Immunkörper u. Immunreaktionen 360.
— Die Nachbarwirkg. d. Eigenserums u. deren therapeut. Verwendung 376.
*Muijs (Amsterdam), Endomyces albicans als Ursache einer Epidermomycosis albicans 65.
Mulzer, Paul 64.
Munk, Fritz, Die Bedeutung u. Bhdlg. der „Blasenleiden" im Kriege 109.
Muschter (Hamburg), Über die Verwendg. d. Ponndorfschen Tuberkulinbehandlung in der Dermatologie 122.

Naegeli, Th., Ein Fibrom der Prostata 159.
— Ein Fall von solitärer Nierenzyste 173.
de Napoli, Ferdinando, Hautkrankheiten u. Syphilis im Kriege, ihre militärische u. soziale Bedeutung 285, 286.
Nassau, Erich, Die Albuminurie d. Stehens 186.
Nathan, E. s. Herxheimer.
Neermann, Ein eigentümlicher Fall von Vaginismus 190.
Neisser, A., Zur Gonokokkendiagnostik dch. Kutireaktion 204.
— Ist es wirklich ganz unmöglich, die Prostitution gesundheitlich unschädlich zu machen? 320.
Neumann, F. s. Antic.
*Neumayer, Victor L., Rund zehn Jahre amtlicher Syphilistilgung 49, 71, 82.
— Scharlachrot u. Pellidol 420.
Nieboda, Theodor, Untersuchgn. üb. die Haarrichtung der Haussäugetiere 254.
Nixon, P. J., Nichtbakterielle Urethritis 107.
Nobl, G., Zur Morphologie lymphatischer Hautveränderungen 359.
— Noch einmal über den sog. Wasserschaden in der Salvarsanbehandlung 392.
Norman, J. H., Die zerebralen Begleiterscheinungen d. Raynaudschen Krankheit 421.

Digitized by Google

von Noorden, Carl, Erfahrungen über funktionelle Nierendiagnostik 168.
— u. Fischer, Ilse, Üb. eine Harnsäurereaktion im Speichel 189.

Obmann, Über vorzeitige Geschlechtsentwicklung 32.
Odstrčil, J., „Perkaglyzerin Winkel" als Glyzerinersatz in der Dermatologie 407.
*— Üb. die provokatorische Wirkung d. Joddämpfe als Kriterium der Gonorrhoeheilung u. ihre Verwertg. b. d. Demobilisierung 425.
Oelze, F. W., Üb. die physikalisch-chem. Grundlagen d. Therapie d. Blennorrhoe. 1. Die Wirkung kolloider Metalle auf Gonokokkenkulturen 236.
Oppenheim, M. u. Schlifka, Max, Üb. die Bhdl. d. Blennorrhoe m. Tierkohle 253.

Page, B. W., Die Ätiologie d. Pellagra 423.
Pagniez u. Vallery-Radot, Pasteur, Pathologische u. therapeut. Studie e. Falles von Riesenurtikaria 423.
Pakuscher, Über reaktionslose intravenöse Injektionen von Fulmargin b. d. Komplikationen d. Blennorrhoe 223.
Paschen, Über Paschensche Körperchen 287.
Paschkis, Rudolf 16.
Passow, Arnold, Wird die Lebensfähigkeit transplantierter Epithelkörper dch. die Anwendg. v. Lokalanästhesie b. d. Verpflanzung beeinträchtigt? 359.
*Pedersen, M. Brun, Syphilis 16 J. nach der Infektion auf den Fötus übertragen 81.
Pelouze, S., Zystoskopische rektovesikale Durchleuchtung 80.
Perrier, Eine neue Ursache d. Hämaturie: die Phosphaturie 188.
*Perutz, Alfred, Über einen Fall von Gingivitis gonorrhoica 102.
— Über Hydroa aestivale u. vacciniforme 139.
Peutz, T. L. A., Zur Frage d. Purpura erregenden Krankheitszustände 433.
Pezzoli, C., Statistisches üb. Haut- u. Geschlechtskrankheiten im Kriege u. im Frieden 356.
Pflanz (Neukölln). Ein Fall von Sepsis nach Blennorrhoe (Gonokokkensepsis) 234.
*Philip, Caesar, Zur Bekämpfung der Bartflechten 283.
Philipewicz, J., Zur Erhaltung d. Hodens bei Ektopie 156.
Pick, Histol. u. histolog.-bakteriol. Befunde b. petechialem Exanthem d. epidemischen Genickstarre 434.
Picker, R., Ohne Antiseptikum behandelte u. geheilte Blennorrhoefälle b. Manne 206.
Pisko, Edward, Quarzlicht b. Hautkrankheiten, erfolgreiche Erfahrungen damit 375.
v. Planner, Richard, Zur Vakzinebhdlg. akuter Blennorrhoen 237.
Polland, R., Zur Klinik b. Pseudoleukämie u. bei Mykosis fungoides 122.
— Bhdlg. v. Hautleiden m. d. künstlichen Höhensonne 375.
— Eigentüml. Folgen einer intramuskul. Salvarsaninjektion 392.
— Das Teerpräparat „Cadogel" 392.
Pontoppidan, R., Über das Vorkommen von Allgemeinerscheinungen, insbes. Blutveränderungen, bei Lichen ruber planus 122.
— Intravenöse Injektionen von konzentrierten Salvarsanlösungen 392.
Porter, L., Renaler Infantilismus 173.
Posner, C., Geschlechtliche Potenz u. innere Sekretion 154.
— Perkaglyzerin i. d. Urologie 48.
— Die Oberflächenspannung d. Harns u. ihre klinische Bedeutung 175.
Possek, R., Zur Abortivbhdlg. d. Ophthalmoblennorrhoe. Bemerkg. z. Demonstrationsvortrag v. R. Müller am 1./12. 1916, 223.
Praetorius, G., Über chronische Zystitis 124.
— Neue Methoden z. Bhdlg. d. Blasenpapillome 125.
— Notiz, betr. Beziehungen zw. Prostata-Hypertrophie u. Hoden 158.
Preminger, Wilhelm, Nierenerkrankungen bei Kriegsteilnehmern 159.
Pulvermacher, Gewerbliche Hautschädigungen 220.
— 218, 338, 342.

Quincke, H., Über Rheumatismus 224.
Quittner, M. s. Falta.

Rapp, Laneps, eine neue Salbengrundlage 372.
*Ravitch, M. L., Die Herdinfektion in ihrem Zusammenhang m. gewissen Hautkrankheiten 58.
Ravogli, A., Üb. die Antiseptika b. d. Bhdlg. von Infektionen des Urogenitalsystems 32.
Reiter, Kann eine Verbreitung der Blennorrhoe und der hiermit verknüpfte Geburtenrückgang n. Friedensschluß eingeschränkt werden? 192.
*Richter, Kalihypermanganbhdlg. der Bartflechte 105.
*— Zur Bhdlg. d. Bartflechte 413.
Riehl 338.
Riesser s. Ellinger.
*Rille, J. H., Adolf Havas † 15.

Digitized by Google

Ringleb, Otto 224.
Rivalta, Raffaele, Ein Fall von Dermatitis factitia, Dermatitis ekzematiformis u. Psoriasis 286.
Robinson, William J., Bhdlg. d. chronischen Prostatitis i. d. allgem. Praxis 158.
Rosenbach, Tuberkulose d. Urethra u. der Blase b. d. Frau. Exstirpation d. Blase 190.
Rosenberg, Max, Über stickstoffhaltige Retentionsstoffe im Blut und in anderen Körperflüssigkeiten b. Nephritikern 172.
— Über Hyperkreatinämie d. Nephritiker u. ihre prognost. Bedeutung 172.
— s. Machwitz.
Rosenfeld, Georg, Über Colica nephritica 172.
Rosenstadt, B., Zellstudien. I. Bau der Epidermiszelle 254.
Rosenthal 338, 339, 341.
Roth, Joh., Bemerkgn. z. Bhdlg. d. chron. Blennorrhoe b. Manne 221.
Roth, Max, Fremdkörper in der Harnröhre u. Blase 108.
Rothe (Luckenwalde), Meine Erfahrungen mit Granugenol u. Pellidol 406.
Rothschild, Alfred, Harnröhrenwunden und Verweilkatheter 106.
Rovsing, Th., Eine neue Methode z. Heilung der Ectopia vesicae 109.
Ruete, H. E., Btrg. z. Bhdlg. d. Syphilis dch. die kombinierte Neosalvarsan-Hg salicyl.-Kur 123.
Russ, Charles, Heilung chronischer Blennorrhoe dch. Elektrolyse 222.
Russ, K. V., Die Toxine u. Antitoxine d. pyogenen Staphylokokken 288.
Rychlik, Emanuel, Trophische Störungen nach Schädelschüssen 359.

Saake, Medikamentöse Rotfärbung alkalischen Urins 186.
Saalfeld, Urticaria perstans papulosa 219.
— Hämangioendotheliom 342.
— 338, 340.
Sabouraud, R., Die brotfreie Bhdlg. in der Dermatologie 80.
Sachs, Theodor, Lotional, eine fettlose Salbe 372.
Sadger, J., Ketzergedanken über Homosexualität 48.
Sakaguchi, J., Üb. das Adenomyom d. Nebenhodens 157.
— Üb. die weiße Fleckniere (Nephritis fibroplastica maculosa et diffusa Kitt) der Kälber u. ihre Beziehung zur exsudativen lymphozytär-plasmazellulären interstitiellen akuten Nephritis d. Menschen 171.
Salkowski, E., Üb. die Bedeutg. d. Basen-Säureverhältnisses im Harn u. die Ermittlung desselben 175.
*Salomon, Oskar, Ein Btrg. z. Darierschen Erkrankung 177.
Sambon, Louis, Die Pellagra 422.
*Samson, Siegfried, Üb. die Blasenschwäche d. Frauen 213.
Saphier, Joh., Urethritis acuta typhosa 107.
Sarason, L., Mangandioxyd-Hydrosol b. äußerer Anwendung 420.
v. Sarbó, Arthur, Üb. die Wirkungsart der epiduralen Injektion bei Enuresis nocturna 64.
Sattler, Moritz, Zur Bekämpfg. der Geschlechtskrankheiten im Heere 356.
Saudek, Ignaz, Über Granugenol (granulierendes Wundöl Knoll) 139.
*— Üb. d. Bhdlg. der gonorrh. Nebenhodenentzündung m. subskrotalen Injektionen 384.
Saul, E., Untersuchgn. zur Ätiologie u. Biologie d. Tumoren 358.
Schaefer, Friedrich, Vergleichende Versuche m. verschiedenen Zinksalzen b. Blennorrhoe 253.
Schahl, Alfred, Ein Btrg. z. Kenntnis d. sog. Fettsteine d. Harnwege 174.
Schaumann, Jörgen, Bakteriolog. Studien üb. den Lupus pernio u. die Hautsarkoide 288.
Schiff, A., Zur Pathologie d. Ödemkrankheit 424.
— Üb. das gehäufte Auftreten einer eigenartigen Ödemkrankheit 433.
Schindler, Carl, Choleval u. Argaldon b. d. akuten Blennorrhoe 240.
— Berichtigung 344.
Schlagenhaufer, Friedrich, Üb. eigentümliche Staphylomykosen d. Nieren u. d. pararenalen Bindegewebes 173.
Schlenzka, Erfahrungen m. d. Wundöl Granugenol (Knoll) 406.
Schlifka, Max s. Oppenheim.
Schmeyer, J., Schädigung d. peripheren Nerven dch. Erfrierung 440.
Schmincke, Alexander, Histolog. Befund in den Roseolen d. Haut b. Wolhynischem Fieber 423.
Schneider, C., Anästhesierung der Blase m. Eukupin 108.
Schneider, Erich, Skorbut im Felde 435.
Schöller, Walter s. Schrauth.
Schönbauer, Leopold, Über Genitalverletzungen 16.
Schöppler, Toxisches Exanthem im Verlauf von Typhus abdominalis 421.
Scholtz, Moses, Die therapeut. Quellen d. modernen Dermatologie 360.
Scholtz, W., Üb. die Fieberbhdlg. d. Blennorrhoe n. O. Weiss 236.
— 338, 339, 341.
*Schrader, W., Zur Bhdlg. d. Blasenschwäche u. der Enuresis nocturna 230.

Digitized by Google

Schrauth, Walther u. Schöller, Walter, Üb. die Desinfektionskraft komplexer organ. Quecksilberverbindungen. III. Mitteilung. Merkurierte Phenole 407.
Schreiber, Josef, Üb. den Einfluß der Kastration a. d. Larynx d. großen Haussäugetiere 155.
Schrumpf, P., Zur Diagnostik d. entzündl. u. der generativen Erkrankungen der Nieren (Nomenklatur Volhardt-Fahr) 169.
Schürmann, W., Die Thermopräzipitinreaktion als Diagnostikum b. Blennorrhoe, insbes. bei chron. Blennorrhoe 205 (Bis).
Schütz, Julius, Organisatorische u. klinische Erfahrungen in der Sammelstelle f. Nierenkranke einer k. u. k. Armee im Felde 159.
Schütze, J., Idiosynkrasie d. Haut gg. Röntgenstrahlen 374.
v. Schuhmacher, S., Eine „Pigmentdrüse" in der Nasenhaut d. Hasen 254.
Schulzen 342.
*Schumacher, Josef, Üb. den Nachweis des Bakterienkerns 17, 38.
— Eine einfache Jodprobe 419.
Schur, Heinrich, Hautaffektionen als erstes Symptom von Mediastinaltumoren 358.
Scipal, Norbert, Atrophia cutis maculosa unter d. Bilde einer Dermographia selecta persistens 122.
Seitz s. Beitzke.
Siegel, Wann ist der Beischlaf befruchtend? 154.
Simon, A., Der überzählige Ureter 174.
Simon, Clément, Ein Apparat z. allmählichen Erweiterung entzündlicher Phimosen 142.
— s. Butte.
da Simonelli, F., Btrg. z. Verteilg. d. Nerven i. d. menschl. Haut 255.
Skutezky, K., Üb. den Enesolersatz Arsenohyrgol 392.
Sladek, Josef, Die Nephritis b. Kriegsteilnehmern 159.
Socin, Christoph, Zur Genese der Gonokokken-Sepsis 233.
Soulier, Charles, Die Prophylaxe der venerischen Krankheiten 141.
Sowade 360.
Spiegel (Berlin), Zur Frage der Wundbehandlung, insbes. der Überhäutung großen Wundflächen 372.
Spiethoff, Bodo, Eigenserum u. Aderlaß — Lehre u. Anwendung 390.
Sprinz, Nävogener Tumor d. Kapillitimus 342.
— Perifolliculitis abscedens et suffodiens 342.
— Polydaktilie m. Syndaktilie 342.
— Makrodaktylie 342.
*— Üb. Exanthema folliculare acneiforme 347.
Stancanelli, Pietro, Ein Fall von Orientbeule 286.
Stehr, A., Das Quinckesche Ödem im Bereich der vegetativen Neurosen 433.
Stein, Marianne s. Herrmann.
Steiner, Georg s. Eppinger.
Steinschneider, Ignaz 16.
Stephan, Alfred, Über Perkaglyzerinsalben 407.
Sternberg, Aladar s. Szily.
Stetter, Karl s. Juliusberg.
Stiebel s. Meirowsky.
Strauss, Zur genaueren Unterscheidung der renalen Albuminurien nebst Bemerkungen über „Kriegsnephritiden" 186.
Strauss, H., Über Luminal-Exantheme 422.
Strickler, Albert, Die Beziehg. der Diät zu Hautkrankheiten 357.
— Anaphylakt. Nahrungsmittel-Reaktionen b. Hautkrankheiten, m. spez. Berücksichtgg. auf Ekzem 357.
Stümpke, Gustav, Beobachtgn. über Rektalblennorrhoe bei Kindern 233.
— Über filtrierte Röntgenbhdlg. in der Oberflächentherapie 374.
Stutzin u. Gundelfinger, Kriegsverletzungen des Urogenitalsystems 16.
Swinburne, George Knowles, Fulguration b. blennorrhoischer Follikulitis 233.
v. Szily, Paul u. Sternberg, Aladar, Abortive Bakteriotherapie akuter Ophthalmoblennorrhoen 223.

Technau (Breslau) s. Coenen.
Tedesco, Fritz, Einfluß reiner Zuckerdiät auf Ödeme b. chron. Nephritis 433.
Thaller E. v. Draga, Ludwig, Zur diagnost. Verwertbarkeit d. mikroskop. Hautkapillaren-Untersuchungen am lebenden Menschen 255.
— Die Bewegungen d. Hautkapillaren 255.
Timerding, H. E., Die Aufgaben der Sexualpädagogik 319.
Trebing, Spuman, ein Fortschritt in der tägl. Utero-Vaginaltherapie 191.
Tröscher: Arhovin bei Blennorrhoe 238.

Ullmann, B., Über die in diesem Kriege beobachtete neue Form akuter Nephritis 160.
Ullmann, Karl, Über Enuresis militarium 63.
— Rückblick u. Ausblick a. d. moderne sexualhygien. Bewegung 319.
Ulrichs u. Wagner, Erfahrgn. m. der Siemens-Aureollampe 375.
Umber, Richtlinien i. d. Klinik der Nierenkrankheiten 170.
*Unna jr., P., Zur Trichophytiefrage 335.

Vallery-Radot, Pasteur s. Pagniez.
Veiel 339, 360.

Digitized by Google

Veil, H. W., Üb. das Wesen d. Polyurie b. Abflußerschwerung des Harns dch. Kompression im Bereich d. abführenden Harnwege 174.
Venema, T. A., Üb. die Wirkg. v. Spermainjektionen 420.
*v. Veress, Franz, Über Acne cachecticorum im gegenwärtigen Kriege 97.
— 192.
Vochetzer, Paul, Untersuchgn. üb. einen pockenähnlichen Ausschlag b. Ferkeln. Ein Btrg. z. Symptomatologie d. Schweineseuche u. Schweinepest 144.
Vogel (Breslau), Krieg, Ehe u. Geschlechtskrankheiten 240.
Vogt, Christian u. Burkhardt, Jean Louis, Üb. die Aufnahme von Metallen, spez. Blei, Zink und Kupfer, durch die Haut 360.
Volhard, F., Üb. den Morbus Brighti 171.
Volk, Richard 192.
Vollmer, Tod durch Sublimatintoxikation v. d. Scheide aus 407.

Wadin, Manack A., Ein Salvarsantodesfall 391.
Wagner s. Ulrichs.
Wagon, Die Autoserotherapie d. blennorrhoischen Epididymitis 233.
Wajeth, George A., Blennorrhoea ein heilbares Leiden 206.
Walther, H. W. E., Bhdlg. d. akuten Epididymitis m. Punktion 157.
Warden, Carl C., Vakzinebhdlg. d. Blennorrhoe 238.
Wassermann, Biologische Stadien d. Lues u. deren Beziehgn. z. Wassermannschen Reaktion 340.
Wechselmann, W., Üb. die Pathogenese der Salvarsantodesfälle der Schwangeren 391.
— 342.
Weigel, N., Z. Ätiologie d. Kriegsnephritis 167.
Weiss, Arthur, Über intravenöse Vakzinebehandlung blennorrhoischer Komplikationen 223.
— Nachträgliche Bemerkg. dazu 223.
— Üb. eine kombinierte Proteinkörper-Vakzinetherapie b. blennorrhoischen Komplikationen 238.
Weiss, Eugen, Üb. d. Beobachtg. d. Hautkapillaren u. ihre klin. Bedeutung 255.
Weitz, Zur Hypospadiebehandlung 94.
*Wichmann, P., Geschwürige Tuberkulose der Vulva auf luetischer Basis 33.
Wiesner, Karl, Üb. das Lymphangiom d. Samenstrangs, des Ligamentum rotundum und der Leistenbeuge 156.
Wilms, Blennorrhoische Gelenkentzündung 234.
— Operative Bhdlg. d. schweren Fälle von blennorrhoischer Gelenkentzündung 234.
Winderl (Berlin), Meine Erfahrgn. m. Styptol b. Erektionen 253.
Winternitz, Rudolf 160.
Wintz, H., Die selbsthärtende Siederöhre, das Tiefentherapierohr 375.
*Wise, Fred, Prognose und moderne Bhdlg. der kongenit. Syphilis 289.
Wolff (Metz), Ambulante Bhdlg. d. akuten Epididymitis mittels Stütz- u. Stau-Heftpflasterringes 139.
— Primäre spastische Spinalparalyse a. d. Basis von Syphilis heredit. tarda 139.
Wolff, Siegfried, Btrg. z. Therapie d. hämorrhagischen Nephritis 171.
Wossidlo, Hans 176.

Yarbrough, Pellagra. Ihre Ätiologie u. ihre Behandlung 422.
Yawgen, N. S., Erfrierung d. Hand, Raynauds Krankheit vortäuschend 440.
Ylppö, Üb. die Fieberbhdlg. d. Vulvovaginitis blennorrhoica b. kleinen Mädchen 221.
Young, Hugh Hampton, Die Beziehg. chron. Infektionen des Urogenital-Apparates zu unklaren inneren Störungen 30.

Zachariae, P., Üb. akute diffuse Peritonitis b. d. blennorrh. Salpingo-Oophoritis 233.
Zacharias, Die vaginale Trockenbhdlg. m. Levurinose 191.
Zacherl, Hans, Zur Differentialdiagnose der Gasbranderreger 288.
Zak, Emil, Beobachtgn. an Hemeralopie- und Skorbutkranken 437.
v. Zeissl, M., Bericht der ersten Abteilung f. Haut- und Geschlechtskranke des Kaiser-Franz-Josef-Ambulatoriums und Jubiläumshospitales in Wien 16.
— Zur Bhdlg. d. Trippers u. d. Syphilis 176.
— 320.
Zigler, M., Anaphylaxie gegen Quecksilber 418.
Zlocisti, Theodor, Die kriegschirurg. Bedeutg. des Skorbuts 436.
— Die ulzero-gangränösen Stomatitisformen des Skorbuts 437.
Zondek s. Maase.
Zuckerkandl, O., Üb. Erfrierungen im Felde 439.
*Zurhelle, Emil, Über Granuloma pediculatum luposum 345.
Zweig, Die Lazarettbhdlg. d. Geschlechtskrankheiten 175.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

6. Juli 1918 | Nr. 27 | Band 67

Aus der internen Abteilung des bosnisch-herzegowinischen Landesspitales in Sarajevo.

Mitteilungen über Viszeralsyphilis [1]).

Von

Prof. Dr. L. Ritt. v. Korczyński.

Der bedeutungsvolle Fortschritt auf dem Gebiete der Syphilisdiagnostik, den wir Wassermann zu verdanken haben, hat die interne Medizin in den Stand gesetzt, in vielen Fällen die Pathogenese innerer Erkrankungen richtig aufzufassen und durch Erkenntnis luetischer Herkunft dieser Erkrankungen therapeutische Erfolge zu zeitigen, wie sie früher in diesem Ausmaße kaum angestrebt werden durften. Die Viszerallues hat damit ganz allgemein an Interesse gewonnen. Und da ist es begreiflich, wenn man das klinische Material, welches dazu gehört, zusammenzutragen und systematisch zu ordnen sucht. Es ist nicht unwichtig, klare Vorstellungen über die Frequenz verschiedener klinischer Formen, bzw. der Lokalisation interner Lues zu gewinnen. Dieses Ziel sollen für bosnisch-herzegowinische Verhältnisse die vorliegenden Mitteilungen verfolgen.

Das Material, welches dazu herangezogen wurde, setzt sich aus 124 während der Jahre 1914—1916 auf der Abteilung beobachteten Fällen zusammen. Im Vergleich mit der Gesamtzahl während desselben Zeitraumes behandelter Kranken, die 6921 betragen hat, bedeutet dies 1,70%.

Am zahlreichsten waren **die syphilitischen Aortenerkrankungen** vertreten. Es haben davon 74 Fälle in Behandlung gestanden, woraus sich 60,32% des gesamten Viszeralsyphilismateriales berechnen lassen. Ein großer Teil dieses Materiales wurde in einer bereits erschienenen Arbeit eingehend besprochen [2]). Im vorliegenden Berichte wollen wir uns auf zusammenfassende Mitteilungen einschränken.

Die Kranken haben sich aus verschiedenen Volksschichten rekrutiert. Es finden sich darunter:

Aus dem Arbeiterstande . .	15	Dienstboten . . .	11
„ „ Bauernstande . .	12	Eisenbahner . . .	2
„ „ Beamtenstande . .	8	Gastwirte	3
„ „ Handwerkerstande	14	Hebamme	1
„ „ Kaufmannsstande .	3	Krankenpfleger . .	1
Amtsdiener	1	Private	1
Amtsdienersfrau	1	Werkführer . . .	1

Zusammen 74 Kranke.

[1]) Kapitel aus den Beiträgen zu den statistischen Berichten über die Krankenbewegung während der Jahre 1914—1916. — [2]) L. R. v. Korczyński, Syphilitische Aortenerkrankungen. W. kl. W., 1916, Nr. 44—49.

Digitized by Google

Tabelle 1.

Alter	Krankenzahl		Männer	Frauen	Autochthone	Fremde	Landbevölkerung	Stadtbevölkerung
	abs.	%						
15—20 Jahre	2	2,70	1	1	1	1	2	—
20—25 „	2	2.70	2	—	2	—	1	1
25—30 „	1	1,35	—	1	1	—	—	1
30—35 „	5	6,75	2	3	2	3	1	4
35—40 „	6	8.10	3	3	4	2	1	5
40—45 „	23	31,08	14	9	16	7	6	17
45—50 „	15	20,27	7	8	8	7	3	12
50—55 „	11	14,86	5	6	8	3	2	9
55—60 „	5	6,75	4	1	3	2	—	5
60—65 „	4	5,40	3	1	3	1	1	3
Summa	74	100	41	33	48	26	17	57
%	100	100	55,40	44.59	64,84	35,10	22,97	77,02

Aus vorstehender Tabelle (Tab. 1) läßt sich entnehmen, daß mehr als $^3/_4$ des Aortensyphiliskontingentes die städtische Bevölkerung geliefert hat. Es ist darin wohl kaum nur ein reiner Zufall zu erblicken, daß an der Frequenz der Mesaortitis einen hervorragenden Anteil Dienstboten, Handwerker und Beamte genommen haben. Man wäre vielleicht nicht im Unrechte, für die zwei ersten Kategorien eine schwere Arbeit, für die dritte vasomotorische, durch psychogene Einflüsse bedingte Störungen als disponierende, die Widerstandsfähigkeit der Arterienwand schädigende Momente anzusprechen. Das Überwiegen der autochthonen Kranken ist ohne weiteres begreiflich. Man könnte sogar für dieselben eine noch höhere Verhältniszahl erwarten. Es muß da aber in Erwägung gezogen werden, daß ganz besonders während des Krieges die Städtler der Abteilung zahlreicher zuströmen konnten und daß sich darunter verhältnismäßig viel mehr Auswärtige als Einheimische vorgefunden haben. Die Rückwirkung der Kriegszustände läßt sich auch an dem gegenseitigen Verhältnis der männlichen und der weiblichen

Tabelle 2.

Alter	Anatomische Statistiken							
	P. Eich		Arnsperger		E. Stadler		Arnsperger	
	abs. Zahl	%	abs. Zahl	%	abs. Zahl	%	abs. Zahl	%
bis 20 Jahre	—	—	—	—	—	—	—	—
20—30 „	—	—	—	—	1	0.85	—	—
30—40 „	17	26,98	7	20,00	24	20,51	9	25,71
40—50 „	19	30,15	13	37,14	41	35,04	15	42,85
50—60 „	16	25,39	12	34,28	34	29,06	10	28,57
60—70 „	10	15.87	3	8,57	17	14,52	1	2.85
70—80 „	1	1,58	—	—	—	—	—	—
Summa	63	—	35	—	117	—	35	—

Digitized by Google

Kranken erkennen. Die ersten überwiegen zwar noch immer, aber doch nicht in dem Maße, wie dies unter normalen Umständen zu sehen wäre. Die Anteilnahme der Männer, wie dieselbe für den Zeitraum von Anfang Januar 1914 bis Ende Juni 1915 berechnet wurde, hat noch immer 61,11 % betragen. Nach dem Hinzukommen der Fälle aus dem zweiten Semester 1915 und aus dem Jahre 1916 ist sie auf 55,40 % gesunken. Demgegenüber ist die Verhältniszahl für die Frauen von 38,88 % auf 44,59 % gestiegen. Die Ursachen braucht man da nicht zu erörtern, sie ergeben sich von selbst.

Das Alter der Kranken hat innerhalb weiter Grenzen geschwankt. Als das niedrigste wurden in einem Falle 15 Jahre angegeben. Die meisten Kranken standen in mittleren Jahren, und zwar fast zur Hälfte im fünften Lebensdezennium. Der Vergleich eigenen Aortensyphilismaterials mit dem Material, über welches P. Eich, H. Arnsperger, E. Stadler, Donath und Grau berichtet haben, läßt erkennen (siehe Tab. 2), daß bei uns die Aortensyphilis etwas häufiger bei jüngeren Personen anzutreffen ist, dafür aber jenseits des 60. Lebensjahres seltener vorkommt.

Die klinischen Befunde, welche in Fällen von Aortensyphilis am Zirkulationsapparate mittels physikalischer Untersuchungsmethoden zu erheben sind, bringen, für sich allein betrachtet, keine derart charakteristischen Merkmale, daß daraus die Natur der Krankheit sicher erkannt werden könnte. Zur richtigen Auffassung der Pathogenese gelangt man erst durch den Nachweis stattgehabter, bzw. fortbestehender Syphilisinfektion. In erster Linie erscheint da die Anamnese von Bedeutung. Leider läßt sie gar zu oft im Stiche. Das ist eben eine allzu gut bekannte Tatsache. Die einen Kranken wissen nichts von überstandener florider Syphilis, die anderen wollen davon nichts wissen. Kaum die Hälfte gibt verläßliche, direkt verwendbare, oder doch wenigstens eine richtige Deutung zulassende Auskünfte an. Für die hiesigen Verhältnisse gilt das Gesagte in einem noch höheren Maße als anderswo.

Bei der Überprüfung der Anamnesen unserer Krankengeschichten konnte die Syphilis auf Grund direkter Geständnisse in 15 Fällen als

Klinische Statistiken

Stadler		Donath		Grau		Eigene			
						I.		II.	
abs. Zahl	%	abs. Zahl	%	abs. Zahl	%	abs. Zahl	%	abs. Zahl	%
—	—	—	—	—	—	2	3,70	2	2,70
8	4,04	—	—	—	—	2	3,70	3	4,05
45	22,72	4	14,81	5	21,73	9	16,46	11	14,86
82	41,61	9	33,33	9	39,13	27	50,00	38	51,35
41	20,70	10	37,03	7	30,43	10	18,88	16	21,62
19	9,59	4	14,81	2	8,70	4	7,40	4	5,40
3	1,51	—	—	—	—	—	—	—	—
198	—	27	—	23	—	54	—	74	—

Digitized by Google

sicher hingestellt werden. Aus den Mitteilungen über Aborte der Frauen, stattgehabte Drüsenschwellungen, langdauernde Periostentzündungen und dergleichen mehr durfte die Infektion noch in 16 Fällen als durchaus wahrscheinlich, zum Teil sogar als ganz sicher angenommen werden. Es finden sich somit Anhaltspunkte für die Lues in Anamnesen von 31 Fällen, oder in 41,89 % vor.

Den Zeitpunkt der Infektion haben 9 Kranke angegeben. In einem Falle ist sie vor 21, in zwei vor 20, in einem vor 14, in zwei vor 10, in je einem vor 5, 4 und 3 Jahren erfolgt. Außerdem haben zwei Kranke mitgeteilt, vor kurzer Zeit, der eine vor 1 Jahre, der andere vor $1^1/_2$ Jahren mit floriden Erscheinungen in Behandlung gestanden zu haben.

Es schließen sich daran Mitteilungen über Aborte, bzw. Frühgeburten toter Früchte bei 8 weiblichen Kranken, die wir der Reihe nach registrieren:

1. Fall: Erster Abortus vor 27 Jahren, dann noch mehrere.
2. „ Erster Abortus vor 26 Jahren, dann noch weitere drei und keine Schwangerschaft mehr.
3. „ Ein einziger Abortus vor 26 Jahren, dann keine Schwangerschaft.
4. „ 7 Aborte, zum ersten Male vor 19 Jahren.
5. „ Erster Abortus vor 13 Jahren, dann noch mehrere.
6. „ Zwei normale Entbindungen, dann 3 Aborte; der letzte vor 8 Jahren.
7. „ 10 Geburten, dann 2 Aborte; der erste vor 5, der zweite vor 4 Jahren.
8. „ 20 Jahre verheiratet. 3 Aborte hintereinander während der ersten 2 Ehejahre, dann keine Schwangerschaft.

Unseren Eintragungen zufolge wäre die kürzeste Frist zwischen der erfolgten Infektion und dem Manifestwerden der Aortensyphilis mit 3 Jahren zu bestimmen. Sollte auf die Mitteilungen von 2 Kranken über floride Erscheinungen vor 1, bzw. vor $1^1/_2$ Jahren Rücksicht genommen werden, da könnte man unter Voraussetzung, daß floride Erscheinungen die allerersten gewesen sind, annehmen, daß der Zeitabstand einige Monate mehr wie 1, bzw. $1^1/_2$ Jahre betragen hat. Die längste Frist dürfte unter Hinweis auf Berichte über Aborte mit wenigstens über 27 Jahren bezeichnet werden.

Kurze Intervalle sind jedenfalls nicht gerade häufig. Auch für unsere Verhältnisse dürfte es sich ganz gewöhnlich um Zeiträume von 15—30 Jahren handeln.

Wenn wir nun weiter auf die Momente hinweisen sollen, welche für die luetische Natur der Aortenerkrankung sprechen, so darf darunter das Alter der Kranken nicht unberücksichtigt bleiben. Zumeist handelt es sich um Personen, die in mittleren, nicht gar zu selten sogar in jungen Jahren stehen. Die Arteriosklerose im Sinne eines Abnutzungsprozesses ist da jedenfalls wenig wahrscheinlich, wiewohl ihr Vorkommen auch bei jugendlichen Personen zugegeben werden muß. Und es ist gewiß nicht unrichtig, wenn Thomeyer und Runeberg bei differentialdiagnostischen Erwägungen den Altersverhältnissen einen angemessenen

Digitized by Google

Platz eingeräumt haben. Unsere eigene Statistik hat eben auch gezeigt, daß die Aortensyphilitiker fast genau zur Hälfte im fünften Lebensdezennium gestanden haben, somit in einem Alter, in dem die Sclerosis deformans in der Regel noch nicht zu erwarten ist.

Einige Beachtung scheinen die Ergebnisse der morphologischen Blutuntersuchungen zu verdienen. Aus den Erfahrungen, welche wir an einem ziemlich umfangreichen Materiale gewonnen haben, ergibt sich, daß in Fällen von Aortensyphilis, wenn andere Faktoren nicht mitspielen, fast konstant eine Verschiebung des Leukozytenbildes besteht, und zwar infolge Vermehrung der Lymphozyten, unter denen die kleinen Formen ganz entschieden die Oberhand gewinnen. Dasselbe gilt sonst für die Viszerallues im allgemeinen.

Die bedeutendste Rolle spielen jedenfalls die Erfolge der Hämolyseversuche nach der Methode Wassermann-Neisser-Bruck. Nachdem es sich in dieser Sache um sehr wichtige Fragen handelt, mit deren Lösung die Zukunft der Kranken, zumal sogar ihr Leben zusammenhängt, dürfen diese Versuche unter keiner Bedingung versäumt werden. Sollte trotz berechtigten Verdachtes, daß es sich um syphilitische Erkrankung handelt, die Untersuchung ein negatives Resultat liefern, so tut man gut, dieselbe nach Einleitung einer Quecksilberkur wiederholen zu lassen. Donath hat bekanntlich noch vor etwa 7 Jahren darauf hingewiesen, daß die Hämolysehemmung in manchen Fällen erst durch diese Kur provoziert werden kann. Wir sind in der Lage, an der Hand eigener Erfahrungen diese Angaben zu bestätigen.

Das klinische Bild der Aortensyphilis und der Verlauf der Krankheit hängen aus leicht zu verstehenden Gründen mit der Lokalisation des Prozesses zusammen. In einer Reihe von Fällen finden sich die krankhaften Veränderungen in dem funktionell weniger wichtigen Teile der Aorta vor. Es ist uns zweckmäßig erschienen, für diese Fälle die Bezeichnung Mesaortitis simplex zu wählen. Bei anderen Kranken spielt sich der Prozeß innerhalb des Klappenringes und in unmittelbarer Umgebung der Kranzarterien, bzw. in deren Wandungen ab, somit in dem funktionell äußerst wichtigen Segment der Aorta. Es kommt zur Schädigung der Klappen und zu deren Schlußunfähigkeit, oder durch Koronarsklerose zur Stenosierung der herzernährenden Arterien und Schädigung des Myokards, woraus sich ernste Störungen der Herztätigkeit ergeben. Eine weitere verhängnisvolle Folge der syphilitischen Entzündung der Aortenwand stellen Aortenaneurysmen dar. Alle diese schwerwiegenden Veränderungen verdienen wohl in einer eigenen Gruppe zusammengefaßt zu werden. Dieser Sonderstellung wollen wir durch die Bezeichnung Mesaortitis gravis Ausdruck verleihen.

Es liegt in der Natur der Sache, daß durchaus reine Fälle der einfachen Aortensyphilis für sich allein nicht gerade oft zum Gegenstand der klinischen Beobachtung werden. Während des Zeitraums, auf welchen sich die vorliegenden statistischen Mitteilungen beziehen, hat es bei dem Gesamtmateriale der Aortensyphilis von 74 Fällen nur 13 Beobachtungen gegeben, in denen ein ungetrübtes Bild der Mesaortitis simplex betrachtet werden konnte. Darunter haben aber nur 6 Kranke den ärztlichen Rat wegen Herzbeschwerden angesprochen. Die übrigen

Digitized by Google

sieben haben das Spital aus anderen Gründen aufgesucht, und zwar je zweimal wegen Tabes und Lungentuberkulose, je einmal infolge von Anämie, Lumbago und allgemeinen nervösen Erscheinungen.

Die subjektiven Beschwerden von seiten des Herzens, über die geklagt wurde, sind weder besonders stark, noch irgendwie bezeichnend gewesen. Zumeist haben die Kranken über Beklemmungsgefühl, Herzklopfen, zeitweises Würgen im Halse, leichtere Ermüdbarkeit bei der Arbeit geklagt.

Unter den objektiven Erscheinungen konnte regelrecht ein Hochstand der Schlüsselbeinarterien festgestellt werden. Sehr bedeutend sind die Verlagerungen der Gefäße nicht gewesen, aber doch groß genug, um deutlich erkannt werden zu können. Stärkere pulsatorische Ausschläge ließen sich des öfteren auch an den Karotiden beobachten. In einem Falle haben die Karotiden auf kurze Strecken begrenzte Verdickungen gezeigt. Es dürfte sich zweifelsohne um syphilitische Veränderungen gehandelt haben.

In keinem Falle wurden abnorme akustische Phänomene über der Aorta vermißt. Überall konnte ein eigenartiger Klang des 2. Tones vernommen werden. Der 1. Ton wurde in 5 Fällen als sehr dumpf bezeichnet, bei 4 Kranken hat ein systolisches Geräusch bestanden.

Mit Ausnahme eines Falles, wo der Puls durchaus normal erschienen ist, haben sich überall im Verhalten desselben Abweichungen ergeben. Abgesehen von dem Kranken mit Verdickung der Karotiden, der einen kleinen Puls gezeigt hat, wurden sonst überall Pulse getastet und abgebildet, die einen mehr oder weniger deutlichen schnellenden Charakter dargeboten haben. Es soll auch an dieser Stelle bemerkt werden, daß diese schnellenden Pulse dem Pulsus celer, wie derselbe bei Aorteninsuffizienz besteht, nicht ohne weiteres an die Seite gestellt werden dürfen.

Zur richtigen Einschätzung des Blutdruckes bei Kranken mit einfacher Mesaortitis wurden vergleichsweise zahlreiche Messungen an Gesunden im Alter von 20—51 Jahren gemacht. Der Vergleich beider Reihen von Werten hat ergeben, daß die Mesaortitiker einen höheren Blutdruck aufweisen. Die Mittelwerte für Kranke überbieten die Höchstwerte für Gesunde. Die Höchstwerte bei normalen Personen haben an der Grenze der niedrigsten bei Kranken gefundenen Zahlen gestanden.

Reine Fälle einfacher Aortenfibrose, d. h. solche, in denen sich sonst keine die Blutzirkulation störende Veränderungen vorfinden, machen, wie dies bereits gesagt wurde, nicht das Gros des in Rede stehenden Krankenmaterials aus. In den meisten Fällen hat es sich um komplizierte Erkrankungen gehandelt. In erster Linie soll da der schwieligen Myokarditis gedacht werden.

Der Boden, auf welchem sich dieser Myokardprozeß entwickelt, gibt die luetische Erkrankung des Zweigbaumes der Koronararterien ab. Die Hauptstämme können dabei intakt bleiben, oder doch nur sehr unbedeutende Veränderungen aufweisen. Im Grunde genommen sollte man da eigentlich von Koronarsklerose und nicht von Myokarditis sprechen. Im Herzmuskel selbst spielt sich ja kein entzündlicher Prozeß ab. Das klinische Bild wird hier aber derart von Erscheinungen der Myokarderkrankung beherrscht, daß damit die pathologische Ungenauigkeit in der Bezeichnung entschuldigt werden dürfte.

Digitized by Google

Als Begleitung der einfachen Mesaortitis wurde Myokardfibrose bei 12 Kranken festgestellt. Es wäre wohl überflüssig, auf die Schilderung der Krankheitsbilder und des Krankheitsverlaufes näher einzugehen. Wir wollen nur darauf hinweisen, daß in frischen Fällen gute therapeutische Erfolge gezeitigt werden können, und zwar sogar in dem Maße, daß man berechtigt ist, von Heilungen im funktionellen Sinne zu sprechen. Bei unbehandelten Kranken macht der Prozeß zumeist sehr rasche Fortschritte, es kommt zu ausgedehnten Verödungen der Muskelfasern, ausgedehnter Schwielenbildung, und in weiterer Folge zum zunehmenden Nachlassen, schließlich zum vollkommenen Versagen der Herzarbeit. Beispiele für die rezente, sehr günstig zu beeinflussende luetische Myokarditis und für weit fortgeschrittene haben wir in der bereits oben erwähnten Arbeit angeführt.

Es ist ohne weiteres begreiflich, daß Erscheinungen der Herzinsuffizienz in Fällen von Aortenfibrose nicht ausschließlich der begleitenden Myokarditis zur Last fallen müssen. In manchen Fällen handelt es sich um Folgen der Lungen- und Rippenfellerkrankungen. Solche Fälle hat es unter unseren Beobachtungen einige gegeben.

Eine weitere nicht selten zu beobachtende Komplikation der Mesaortitis hat bei unseren Kranken Nierenentzündung bedeutet. Für die einfache Aortenfibrose wurde dieselbe in 13 Fällen verzeichnet. Ohne eine einzige Ausnahme hat es sich um jene Form gehandelt, welche Volhard und Fahr als maligne Hypertonie bezeichnet haben. Das Primäre bildet dabei die Erkrankung feiner und feinster Nierengefäße, worauf sich dann Veränderungen des Nierenparenchyms aufpfropfen. Es entsteht so die Kombinationsform Nierensklerose plus Nephritis. Im Vordergrund des klinischen Bildes stehen die kardiovaskulären Symptome, der hohe Blutdruck und die damit zusammenhängende Hypertrophie des Herzens. Die Nierenkomponente kommt erst dann stärker zum Ausdruck, wenn die entzündlichen und degenerativen Veränderungen eine entsprechende Ausbreitung erfahren haben. Aber auch für diesen Fall ist die Leistungsfähigkeit des Herzens für lange Zeit noch immer der maßgebende Faktor. Die Kranken gehen zumeist nicht dadurch zugrunde, daß der noch leistungsfähige Nierenrest zu klein geworden ist, sondern infolge Erlahmung der Herzkraft, wozu in gar manchem Falle interkurrente akute Krankheiten die letzte Ursache abgeben. Von unseren in diese Gruppe hineingehörenden Kranken sind vier gestorben. Darunter gehen zwei Todesfälle auf Rechnung kruppöser Pneumonien, in einem Falle erfolgte der Tod durch Hirnblutung, in einem durch fortschreitende Erschöpfung der Herzkraft.

Es gilt als Regel, daß Nierensklerose erst in späteren Lebensjahren einsetzt, daß davon vorwiegend das männliche Geschlecht und Angehörige bessersituierter Stände heimgesucht werden. In einer Zusammenstellung Volhards finden sich verzeichnet

im Alter	von	30—40	Jahren	6	Männer,	—	Frauen
„ „	„	41—50	„	8	„	3	„
„ „	„	51—60	„	13	„	2	„
„ „	„	61—70	„	2	„	1	Frau
„ „	„	76	„	1	Mann,	—	„

Digitized by Google

Unter eigenen Kranken haben gestanden

im Alter von	30—40 Jahren	5 Männer,	1 Frau,
„ „ „	41—50 „	— „	3 Frauen
„ „ „	51—60 „	2 „	2 „

Dem Berufe nach verteilen sich dieselben folgendermaßen:

Amtsdiener	1	Hebamme	1
Bauer	2	Islam. Religionslehrer	1
Beamte	1	Kellnersfrau	1
Buchbindersfrau . .	1	Tagelöhnerinnen . .	2
Handwerker . . .	3		

Unsere Angaben weichen, wie daraus zu ersehen ist, von den Volhardschen nicht unwesentlich ab. Spielt dabei doch nicht die Syphilis eine gewisse Rolle und handelt es sich nicht um einen luetischen Prozeß der Nierengefäße? Diese Frage möchten wir um so mehr für nicht ganz unbegründet halten, nachdem in zwei Sektionsfällen im Herzmuskel myokarditische Herde zu sehen waren, und in zwei Fällen die Myokarditis aus klinischen Gründen angenommen werden mußte. Wir wollen uns jedenfalls nicht der Erkenntnis verschließen, daß die Beweisführung nicht gerade leicht fallen würde. Die Veränderungen, welche in mikroskopischen Präparaten an den feinsten Nierengefäßen zu sehen sind, können bald im Sinne des syphilitischen, bald des arteriosklerotischen Prozesses gedeutet werden.

Es wurde bereits gesagt, daß subjektive Beschwerden der Kranken mit unkomplizierter Mesaortitis simplex weder bedeutend noch irgendwie charakteristisch sind. Gerade das Gegenteil gilt für die Mesaortitis gravis. Je nach der Lokalisation des Prozesses stehen da im Vordergrunde entweder die Beschwerden, welche auf chronische, bald relative, bald absolute Insuffizienz des Herzmuskels hindeuten, oder die wohlbekannten qualvollen Zustände der Stenokardie, bzw. des Herzasthmas oder Folgen der Druckwirkung auf benachbarte Organe, wie dies bei Aortenaneurysmen zu geschehen pflegt. Nicht gar zu selten bekommt man Fälle zu sehen, in denen mannigfaltige Klagen erhoben werden. Sie sind durch kombinierte Prozesse begründet. Und man begegnet ihnen wohl häufiger, als durchaus reinen Fällen von Schlußunfähigkeit der Semilunarklappen, von Koronarsklerose oder von Aortenaneurysmen.

Wenn wir uns zu allererst der Aorteninsuffizienz zuwenden sollen, so sei da gleich gesagt, daß sie auch bei uns am häufigsten als Folge der luetischen Veränderungen beobachtet werden kann. Die sogenannten rheumatischen Aortenklappeninsuffizienzen treten ihr gegenüber entschieden zurück. Sie nimmt auch an der Frequenz der Aortensyphilis im allgemeinen einen recht beträchtlichen Anteil. Unter unseren 74 Kranken haben 16 die Insuffizienz der Halbmondklappen dargeboten. Auf das gesamte Aortensyphilismaterial bezogen bedeutet dies 21,61 %.

Es liegt nicht im Rahmen dieser Arbeit, eine genaue Schilderung der Krankheitsbilder und des Krankheitsverlaufes zu geben. Eine kurze Mitteilung über die wichtigsten Erfahrungen kommt uns aber doch wünschenswert vor.

An der Hand eigener Beobachtungen läßt sich ausführen, daß die Störungen am Kreislaufsapparate, quantitativ genommen, nicht immer die

Digitized by Google

gleichen sind. Was das Herz selbst anbetrifft, so wurde eine ganz bedeutende Hypertrophie desselben nur bei acht Kranken verzeichnet. In keinem dieser Fälle hat Angina pectoris oder Asthma cardiacum bestanden. Auch manifeste Kompensationsstörungen wurden vermißt. Und da durfte mit guten Gründen angenommen werden, daß Koronargefäße von dem luetischen Prozesse verschont geblieben sind. Unter den übrigen acht Kranken haben zwei bereits Ödeme gezeigt, zwei an anfallsweise auftretenden Beschwerden gelitten, die im Sinne der Stenokardie, bzw. des Herzasthmas gedeutet werden konnten. In vier Fällen, wo ebenfalls Anfälle von Angina pectoris bestanden haben, ist der Tod eingetreten. Bei der Sektion wurden weit vorgeschrittene Veränderungen der Koronargefäße festgestellt. In sämtlichen diesen acht Fällen ist die Hypertrophie des Herzens anscheinend weniger deutlich gewesen wie in den zuerst genannten.

Im Einklang mit dem Zustande des Herzmuskels haben auch die Erscheinungen an den Arterien gestanden. Ausgesprochenes Klopfen der Karotiden, Kapillarpuls und Pulsus retrogradus haben Kranke mit stark hypertrophierten Herzen dargeboten. In den Fällen, wo schon Ödeme vorhanden waren, wie auch in den vier letal verlaufenen, wurden Kapillarpuls und Pulsus retrogradus vermißt, der Puls der Halsarterien hat den hüpfenden klopfenden Charakter nicht innegehabt. In den übrigen Fällen waren diese Erscheinungen eben nur noch angedeutet. Ähnliches läßt sich über die Beschaffenheit des Radialpulses ausführen. Hohe, ausgesprochen schnellende Pulswellen wurden in den Fällen unserer ersten Reihe registriert. Bei bestehenden Kompensationsstörungen ist die Zelerität nicht mehr so deutlich gewesen. Bei bereits versagender Herzkraft ist sie sogar ganz in Verlust geraten.

Die Messungen des Blutdruckes bei einfacher, unkomplizierter Mesaortitis haben als eine der wichtigsten Erscheinungen das Größerwerden der Pulsdruckamplitude ergeben. Dasselbe läßt sich auch für Aorteninsuffizienzen behaupten. Nur sind hier die Unterschiede zwischen dem systolischen und dem diastolischen Blutdrucke bedeutend größer, und zwar um so größer, je genauer der Klappenfehler kompensiert ist.

Der Vergleich des diastolischen Blutdruckes in Fällen von rheumatischen und luetischen Insuffizienzen hat uns zu erkennen gegeben, daß derselbe in den erstgenannten entschieden tiefer zu liegen kommt. Unter Umständen wären wir geneigt, diesem unterschiedlichen Verhalten eine gewisse differentialdiagnostische Bedeutung beizumessen. Neben den Erscheinungen, welche bereits berührt wurden, kommt für die Diagnose der Aorteninsuffizienz eine wichtige Bedeutung den akustischen Phänomenen über der Aorta zu. Das Tatsächliche macht das diastolische Geräusch aus. Was nun dessen Beschaffenheit anbetrifft, konnten wir auch in unseren Fällen keine greifbaren Unterschiede für rheumatische und luetische Insuffizienzen heraushören. Ein das Geräusch begleitender, bald vor-, bald nachhängender, kurzer, klingender Ton wurde nur bei einigen wenigen Kranken verzeichnet. Fast konstant ist ein systolisches Geräusch zu hören gewesen, was ja ohne weiteres verständlich ist, nachdem dasselbe auch sonst über luetisch entarteter Aorta nicht gar zu selten auskultiert werden kann.

Digitized by Google

Mit besonderem Interesse wurde in jedem Falle von Aorteninsuffizienz das Verhalten der Aortendämpfung, in mehreren auch des Aortenschattens untersucht. Wir haben dabei den Eindruck gewonnen, daß in dieser Beziehung gewisse quantitative Unterschiede zwischen luetischen und rheumatischen Insuffizienzen bestehen, und wären geneigt, eine namhafte Intensität der Dämpfung bei gleichzeitiger entsprechend großer Verbreitung derselben als ziemlich bezeichnend für luetische Aorteninsuffizenz zu erklären.

Es scheint uns von einiger Wichtigkeit, hervorzuheben, daß unter unseren 16 Kranken, welche Veränderungen am Klappenapparate der Aorta dargeboten haben, sechs ein abnormales psychisches Verhalten gezeigt haben.

Sollten wir auf Grund eigener Erfahrung auf die Frage eingehen, inwiefern es möglich ist, die Aorteninsuffizienzen im pathogenetischen Sinne zu unterscheiden, so müssen wir offen gestehen, daß die Sache, mag dies theoretisch genommen merkwürdig erscheinen, in gar manchem konkreten Falle Schwierigkeiten bereiten kann. Trotz sehr gewissenhafter Untersuchung und Erwägung läuft man doch Gefahr nicht das Richtige zu treffen, ganz besonders aber da, wo wir vor uns Kranke haben, welche Rheumatismus überstanden haben, dabei aber auch die Syphilis und eine positive Wassermannsche Reaktion zeigen. Wir haben zwei solche Sektionsfälle gesehen. In dem einen wurde die Diagnose bei Lebzeiten richtig gestellt, in dem anderen wurde luetische Insuffizienz angenommen und bei der Nekroskopie eine rheumatische festgestellt. In beiden haben sich mesaortitische Veränderungen im Aortabogen vorgefunden, in dem zweiten auch Koronarsklerose.

Wenn wir den Versuch machen sollten, die pathogenetische Differentialdiagnose zu erörtern, so wären als die wichtigsten, für luetische Herkunft des Klappenfehlers sprechenden Momente anzuführen:

1. Fehlen jeglicher Anhaltspunkte zur Annahme vorausgegangener rheumatischer Endokarditis;
2. Lues in der Anamnese, positive Wassermannsche Reaktion;
3. psychische Störungen;
4. subjektive Beschwerden, welche im Sinne der Angina pectoris bzw. des Asthma cardiacum gedeutet werden können;
5. verhältnismäßig kurzes Bestehen der Herzsymptome;
6. namhafte Intensität und Ausbreitung der Aortadämpfung, bzw. des Aortenschattens im Röntgenbilde;
7. Fehlen von Erscheinungen der Stenose des Aortenostiums, worauf mit besonderer Betonung Stadler hingewiesen hat;
8. merkliche Wirkung der antisyphilitischen Kur, vorausgesetzt, daß der krankhafte Prozeß als solcher nicht allzuweit fortgeschritten ist und daß der Herzmuskel nicht irreparable Schädigung erfahren hat.

Eine gewisse Beachtung scheint uns das Verhalten des diastolischen Blutdruckes zu beanspruchen. Derselbe weist sowohl in Fällen von rheumatischer, wie auch von luetischer Insuffizienz auffallend niedrige Werte auf. An der Hand zahlreicher vergleichender Messungen konnten wir jedoch feststellen, daß seine Werte bei erstgenannten Insuffizienzen merklich tiefer liegen wie bei den anderen. Die Unterschiede betragen beiläufig 20—30 mm Quecksilber.

Digitized by Google

Seinerzeit ist man geneigt gewesen, dem Alter eine Bedeutung beizumessen und bei jungen Personen eher eine rheumatische, bei älteren auf Boden der Sklerose entstandene Insuffizienz anzunehmen. Seitdem aber klar geworden ist, daß Aortenlues keine Altersgrenzen kennt, muß man dem Rechnung tragen und das Alter aus der Reihe der differentialdiagnostischen Momente streichen. Unsere sämtlichen Kranken mit Aorteninsuffizienz haben in mittleren Jahren gestanden, die älteste ist 49, die jüngste 37 Jahre alt gewesen.

Einen bedingten diagnostischen Wert können wir eher dem Umstand beimessen, daß die Frequenz der rheumatischen Insuffizienzen bei weitem kleiner ist als der luetischen. Das gegenseitige Verhältnis ließe sich nach den bis dahin vorliegenden Angaben wie 1 : 4, ja sogar 1 : 5 ausdrücken. Auf der hiesigen internen Abteilung gesammelte Erfahrungen stimmen damit gut überein.

Es soll schließlich nicht unerwähnt bleiben, daß mancherseits auf durchaus ungünstigen Verlauf der auf luetischem Boden entstandener Schlußunfähigkeit der Aortenklappen und auf beinahe akutes Einsetzen der Kompensationsstörungen hingewiesen wurde, in der Absicht, in diesen Momenten differentialdiagnostische Merkmale zu suchen. Es wäre vielleicht nicht ganz richtig, wenn man diese Auffassung verallgemeinern wollte. Dieselbe trifft gewiß zu, wenn luetische Insuffizienzen nicht entsprechend behandelt werden, oder zu spät in Behandlung kommen, ganz besonders aber dann, wenn vorgeschrittene Koronarsklerose besteht. Der Erkrankung der Koronararterien fällt zumeist der ungünstige Ausgang zur Last.

Den Erfahrungen zufolge, die an eigenem Aortensyphilismaterial gesammelt werden konnten, bedeutet die Koronarsklerose als Komplikation der schwieligen Aortitis eine überaus häufige Erscheinung. In vielen Fällen steht sie direkt im Vordergrunde des ganzen Krankheitsbildes.

In topographischer Beziehung läßt sich da unter zwei Grundformen unterscheiden. In einer Reihe von Fällen handelt es sich um das Ostium der Koronarien, welches durch wallförmige Ausbuchtungen der Aortenwand verengt und schließlich ganz verschlossen wird. In einer anderen bleibt die Mündung intakt, oder ist doch nur sehr wenig verändert. Der Prozeß breitet sich in den Hauptstämmen und innerhalb deren intramuskulären Verzweigungen aus. Es kommen auch Kombinationen beider topographischer Formen vor.

(Fortsetzung folgt.)

H. Wossidlo †.

Am 22. Februar 1918 verstarb zu Berlin im 64. Lebensjahre der Geh. Sanitätsrat Prof. Dr. Hans Wossidlo an einem organischen Leiden, dessen Weiterentwicklung eine mehrere Monate zuvor ausgeführte Operation leider nicht hatte aufhalten können. Damit hat ein Leben seinen Abschluß gefunden, das, wenn man die ganz eigenartige Entwicklung und die Erfolge des Verstorbenen rückschauend überblickt, kurz charakterisiert ein

Digitized by Google

köstliches gewesen ist, denn es war Mühe und rastlose Arbeit bis zu dem Augenblick, wo tückische Krankheit gebieterisch Halt gebot.

Wossidlo war ursprünglich kurze Zeit als Militärarzt, dann etwa neun Jahre in der allgemeinen und Krankenhauspraxis im Auslande tätig und wandte sich erst in reiferen Jahren seinem späteren Spezialfache, der Urologie, zu, einem Gebiete, auf dem er sich nicht nur als ausübender Arzt bei einer sehr ausgedehnten Klientel und den praktischen Kollegen großer Beliebtheit erfreute, sondern auch bei seinen engeren Fachgenossen durch seine literarische und organisatorische Tätigkeit sich einen geachteten Namen zu verschaffen gewußt hatte. Auch an äußeren Auszeichnungen behördlicher Organe fehlte es ihm nicht.

Einige kurze Daten aus dem wechselvollen Leben des Verstorbenen mögen hier Platz finden. Wossidlo wurde im Jahre 1854 zu Gardelegen als Sohn des dortigen Kreisarztes geboren, bezog nach Erlangung des Reifezeugnisses im Frühjahr 1873 die Universität in Leipzig, vertauschte diese aber nach einsemestrigem Aufenthalt mit Berlin, wo er auf der Pepiniere seine weitere ärztliche Ausbildung bis zum Frühjahr 1879 erhielt. Nachdem er bis 1881 auf der Langenbeckschen Abteilung, danach als Oberarzt beim 2. Garde-Feldartillerie-Regiment tätig gewesen war, siedelte er Ende 1883 als Arzt nach Murraysburg in der Kapkolonie über und von dort 1888 nach Johannesburg in Transvaal, wo er die Stelle des Chefarztes am Krankenhause bekleidete. 1892 kehrte Wossidlo nach Europa zurück und betätigte sich nach kurzem Aufenthalte in Wiesbaden in den folgenden Jahren urologisch bei Kollmann und Oberländer. Vom Frühjahr 1894 bis Januar 1896 praktizierte er in Berlin und kehrte, nachdem er $^3/_4$ Jahr lang gemeinsam mit Oberländer in Dresden die Praxis ausgeübt hatte, auch dorthin zu dauerndem Aufenthalte zurück.

Wohl nicht zum geringsten Teile auf seinen Aufenthalt im Auslande unter sehr schwierigen äußeren Verhältnissen war das fraglos große organisatorische Talent Wossidlos zurückzuführen, und so zielbewußt und fast hartnäckig konsequent er einerseits in Verfolgung einmal gesteckter Ziele war, so besaß er andererseits die Gabe, oft die widerstreitendsten Elemente durch sein gewandtes, vermittelndes, u. U. nachgiebiges Wesen zusammenzuführen. Diesbezüglich gebührt ihm fraglos ein großes Verdienst um bzw. bei der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Urologie.

Besonders in der ersten Hälfte seiner Berliner Aufenthaltsjahre betätigte sich Wossidlo in ausgedehntem Maße durch Erteilung von Ärztekursen, und ohne Zweifel gebührt ihm nächst Oberländer und Kollmann das größte Verdienst um die Ausbreitung und Förderung der endoskopischen Untersuchungsmethoden nicht nur in Berlin und Deutschland, sondern auch im Auslande; dabei kam ihm seine Sprachgewandtheit außerordentlich zustatten.

Was die literarische Tätigkeit des Verstorbenen betrifft, so verdanken wir ihm zunächst eine Reihe von technischen Beiträgen zur Konstruktion und Sterilisation von Dehnern, Spüldehnern, Urethroskopen, Operations- und Uretenzystoskopen. Sodann kommen in Betracht eine Anzahl kleinerer Beiträge: „Über den Wert der Urethroskopie für die Diagnose und Therapie der chronischen Gonorrhoe"; „Die Behandlung der Harnröhrenstrikturen"; „Die Janetsche Methode"; „Urethroskopie der vorderen und hinteren Harnröhre"; „Die Erkrankungen des Sphincter vesicae int. und der Urethra post."; „Nierentuberkulose"; „Behandlung der Prostatahypertrophie"; „Diathermie und Elektrokoagulation usw."

Von größeren Arbeiten sind zu nennen: „Die Gonorrhoe des Mannes und ihre Komplikationen" (in zwei Auflagen erschienen); „Endoskopie der gesunden und kranken Urethra" sowie „Endoskopische Diagnose und Therapie" im Handbuch der Geschlechtskrankheiten; „Die Bedeutung der urethroskopischen Methoden für die Klinik" (Referat in den Verhandl. der Deutschen Ges. für Urologie, III. Kongreß, Wien); die Kapitel „Gonorrhoe" und „Urethroskopie" in Eulenburgs Realenzyklopädie der gesamten Heilkunde.

Schließlich war es Wossidlo kurz vor seinem Tode noch vergönnt, das Erscheinen der ersten Abteilung der von ihm gemeinsam mit Völcker herausgegebenen „Urologischen Operationslehre" zu erleben, in welcher er „Die Operationen der Prostata" selbst bearbeitet hat.

G. Kulisch-Halle a. S.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Traumatische Entzündungen.

Über den Anteil des vasomotorischen Apparates bei der Entstehung von Erfrierungen, von Vincenzo Neri. (Riforma m., 1916, Nr. 51.) Die Methode der interessanten Versuche des Verfassers bestand darin, daß zunächst die Temperatur der Finger mittels Hautthermometers bestimmt und dann die Hand fünf Minuten lang in eine Mischung von Eis und Wasser gehalten wurde. Darauf beobachtete man, in wie langer Zeit sich die Anfangstemperatur der Haut wiederherstellte. Bei Normalen war sie in 15—30 Minuten wieder erreicht bzw. überschritten, während von den Leuten, die früher an Erfrierungen 1. oder 2. Grades gelitten hatten, die Hälfte nach mehr als einer Stunde die Ausgangstemperatur noch nicht wieder erlangt hatten. Bei diesen fand sich auch häufig ein Unterschied im Reaktionsablauf der beiden Hände, die Verfasser durch eine angeborene Asymmetrie im vasomotorischen System erklärt. Prädisponierend für die Entstehung von Erfrierung wirkt die Wickelgamasche, deren Abschaffung Verfasser energisch fordert. Ihren schädlichen Einfluß demonstriert er durch folgenden Versuch. Zehn normalen Leuten wurde 15 Stunden lang ein Arm durch eine nach Art der Wickelgamasche angelegte Gazebinde eingebunden. Die dann angestellte Eiswasserprobe ergab bei allen eine verminderte Reaktion, außerdem waren sowohl die Sensibilität als die elektrische Erregbarkeit stark herabgesetzt. Leute, die an Herzneurosen litten, zeigten alle eine schlechte vasomotorische Reaktion. Interessant ist die Feststellung, daß durch Darreichung von Schilddrüsenpräparaten bei ihnen und auch bei anderen schwach reagierenden ein günstiger Einfluß auf den Reaktionsablauf erzielt wurde. Verfasser empfiehlt daher, Thyreoidin in den Anfangsstadien der Erfrierung zu geben.

M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Experimenteller Beitrag zur Kenntnis der Ursache und des Mechanismus der Erfrierung, von Neri. Militär-ärztliche Vereinigung von Ferrara und Rovigo. Sitzung vom 29. X. 1916. (Riforma m., 1917, Nr. 7.) Kurzer Auszug aus der Arbeit in Riforma m., 1916, Nr. 51. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Ätiologie, Prophylaxe und Therapie der sogenannten „Erfrierung der Füße", von Raymond und Parisot. (Presse méd., 19. Oktober 1916.) Bekanntlich findet man in den Schützengräben besonders bei Soldaten, welche längere Zeit in der Nässe stehen mußten, eine Erkrankung der Füße, welche viel Ähnlichkeit mit einer Erfrierung hat und folgendermaßen verläuft: Zunächst läßt sich eine schmerzhafte Anästhesie des Fußes nachweisen, welche besonders am Vorderfuß, an den Zehen und hauptsächlich an der großen Zehe augenfällig ist. Dann kommt ein Ödem dazu, das manchmal eine Rosafarbe annimmt und bis zum Unterschenkel reichen kann. Auf diesem Ödem schießen dann Blasen auf, welche oft einen hämorrhagischen Inhalt aufweisen und unter welchen häufig eine bräunliche Nekrose von holzartigem Typus, an Ebenholz erinnernd, sichtbar wird. Sie kann zur Gangrän führen und sich bis auf die darunterliegenden Sehnen, Knochen und Gelenke ausbreiten, so daß es zur Amputation von Zehen, ja des ganzen Fußes kommen kann. Bei Kulturversuchen, die die Verfasser bei dieser Erkrankung anstellten, gelang es ihnen, auf Sabouraud-Nährboden, auf Rüben usw. einen braungrauen Pilz in Reinkultur zu züchten, der von Professor Vuillemin als „Scopulariopsis koningii Oudemans" identifiziert wurde. Dieser im Jahre 1912 von Jannin aus einer gummösen Läsion des Handgelenks isolierte Pilz scheint im Mist oder auch im Stroh vorzukommen. Im Tierversuch erwies er sich in Reinkultur als pathogen für Kaninchen und Meerschweinchen. Inokulation ergab sowohl an den Pfoten als an Ohr und Bauch der Tiere eine ödematöse Stelle, auf welcher Blasen erschienen, die zu einer ebenholzartigen Gangrän des Gewebes führten. Wenn sich diese gangränösen Stellen ablösen, so bleibt ein Ulkus mit putridem Grund und unterminierten Rändern zurück, das teils spontan heilen, teils zum Tode des Tieres durch Kachexie und Generalisierung führen kann. Man findet bei der Autopsie dieser Tiere Läsionen des Peritoneums, der Leber, der Milz, der Nieren und der Lungen. Aus all diesen Läsionen läßt sich der Pilz wieder in Reinkultur züchten. Er macht also beim Tiere genau dieselben Erscheinungen wie am Menschen. In einigen Fällen wurde allein oder mit dem eben genannten Pilz vergesellschaftet ein Sterigmatozystis gezüchtet, der ebenfalls für Tiere pathogen war. Derselbe wurde von Vuillemin als „Sterigmatocystis versicolor" identifiziert. Es scheint, daß dieser Pilz, wenn er sich zum ersteren zugesellt, die Krankheit verschlimmert. Die

Digitized by Google

Verfasser glauben nach Vorstehendem berechtigt zu sein, die sogenannte Fußerfrierung der Schützengräben als ein Myzetom des Fußes aufzufassen, den sie nach Analogie des Madurafußes als „Schützengrabenfuß" bezeichnen. A. Gunsett-Straßburg.

Über die therapeutische Beeinflussung der Erfrierungen durch Röntgenbestrahlung, von Heinrich Wachtel-Trient. (W. kl. W., 1917, Nr. 18.) Röntgenbestrahlung bessert in den meisten Fällen den Krankheitsverlauf der Erfrierungen. Bei frischen und oberflächlichen Fällen trat hierbei das Wiedererwachen der Sensibilität um 4—5 Tage früher auf, bei tiefen Erfrierungen verkürzte die Bestrahlung die Dauer der Demarkation um 2—3 Wochen. Feuchte Gangrän besserte sich auffallend. Als therapeutisches Agens ist die Hyperämie anzusehen, welche sich im bestrahlten Bezirke nach 24 Stunden einstellt. H. Vörner-Leipzig.

Über rückläufige (zentrifugale) Massage bei Erfrierungen, von Augusto di. Luzenberger. (Riforma m., 1917, Nr. 16.) Verfasser fand, daß bei Erfrierungen durch zentrifugale Massage viel raschere und bessere Heilungserfolge erzielt wurden, als wenn die Massage in der gewöhnlichen zentripetalen Weise ausgeführt wurde. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Bromexanthem, von M. Brun-Pedersen. (Hospitalstidende, 1917, Nr. 18.) Der Fall betraf ein stark heruntergekommenes Weib, das durch mehrere Jahre Bromsalze gebraucht hatte und das bei der Aufnahme ins Krankenhaus ein ausgebreitetes Exanthem darbot. Nicht nur die Ausbreitung, sondern auch das ganze Aussehen des Exanthems war von großem Interesse. Durch sein langsames serpiginöses Wachstum und die starke Pigmentierung in den teilweise hypertrophischen Narben hatte das Leiden eine große Ähnlichkeit mit einem ulzerativen serpiginösen Syphilid. Die keloidähnlichen Narben und die verrukösen Exkreszenzen in der Narbe des rechten Oberarms sind selten beobachtet worden. Es waren wesentlich die Unterextremitäten, die ergriffen waren, und das Leiden breitete sich auch noch längere Zeit nach dem Aussetzen der Brombehandlung aus. W. Holland-Kristiania.

Ein unter dem Bilde einer fieberhaften schweren Dermatitis exfoliativa verlaufende Salvarsanintoxikation mit Übergang in eine Arsenmelanose und Arsenkeratose, von Pürckhauer. (M. m. W., 1917, Nr. 30.) Der Fall ist wertvoll für die Differentialdiagnose von Salvarsan- und Hg-Intoxikation. Gegen Hg-Intoxikation sprach das Fehlen jeder Schädigung der Mundschleimhaut, Nieren- und der Darmschleimhaut. Die fleckige, diffuse, braune Verfärbung der Haut und die typische Arsenkeratose an Handtellern und Fußsohlen wird als beweisend für eine Salvarsanschädigung angenommen. A. Witte-Bremen.

Ein Fall von universeller desquamativer Erythrodermie und Nephritis durch Gebrauch von quecksilberhaltiger Salbe hervorgerufen, von S. Lomhold. (Ugeskrift f. Laeger, 1917, Nr. 18.) Kasuistische Mitteilung. W. Holland-Kristiania.

Über zwei Fälle von chloraknеähnlichen Hauterkrankungen bei Zinkhüttenarbeitern und der heutige Stand der Chloraknefrage überhaupt, von Max Muthmann. (Diss., Breslau, 1914.) Der Titel sagt das Wesentliche. R. Frühwald-Leipzig.

Die Hahnenfußdermatitis als Selbstbeschädigungsform, von Gustav Fantl. (Feldärzt. Bl. der k. u. k. 2. Armee, 1917, Nr. 25.) Verfasser beschreibt eine im Krankheitsbild und auch im Verlauf der Verbrennung am nächsten kommende Dermatitis: bis handtellergroße, hohe Blasen auf der Vorderfläche des Unterschenkels oder dem Fußrücken, manchmal beiderseits, bei anderen verschieden große Epitheldefekte mit lebhaft roter Umgebung, an sich auch tiefergreifende flache Substanzverluste. Plötzliches gehäuftes Auftreten legte die Vermutung nahe, daß es sich um eine künstlich hervorgerufene Krankheit handelt. Als Ursache wurde das Auflegen von Pflanzen der Ranunkulusarten eruiert. E. Klemm-Leipzig.

Karbolineum als Ursache einer mit Albuminurie einhergehenden Dermatitis, von Posner. (M. m. W., 1917, Nr. 41.) Die Bodenbretter einer Schwimmanstalt waren mit Karbolineum gestrichen. Bei den Schwimmschülern trat eine Dermatitis an den Füßen und Unterschenkeln auf, die Haut war geschwollen und blaurot verfärbt. In 55 Fällen war Eiweiß im Urin nachzuweisen. Die Dermatitis war in zwei Tagen abgeheilt, der Urin in der gleichen Zeit eiweißfrei. A. Witte-Bremen.

Über ein noch nicht beschriebenes Erythema toxicum nach externer Anwendung von Amidokapotoluol „Agfa", von Otto Sachs-Wien. (W. kl. W., 1917, Nr. 32.) Bei Verwendung von Agfa, einem Spaltungsprodukt des Scharlachrotes, welches

Digitized by Google

den wirksamen Bestandteil desselben darstellt, sah der Verfasser ein Erythem auftreten. Das Mittel war äußerlich auf Ulzerationen des Unterschenkels aufgestreut worden. Am fünften Tage nach der Anwendung trat zunächst Rötung und Schwellung des Unterschenkels auf. Dann wurden Gesicht (Konjunktivitis) und Hände, im weiteren Verlaufe die andere untere Extremität, Brust, Bauchwand und Rücken befallen.

H. Vörner-Leipzig.

Über einen Fall von tödlich verlaufendem idiopathischem Erythem, von Pier Franceso Arullani. (Riforma m., 1916, Nr. 28.) Verfasser beschreibt eine seit drei Jahren bestehende erythematöse Erkrankung bei einer sonst gesunden 30jährigen Frau. Befallen sind: Nase, Wangen, wo die Erkrankung auch begann, Kinn, Vorderarme und Hände. Die Haut ist gerötet in verschiedenen Nuancen, nicht erhaben, an einigen Stellen pityriasisähnliche Desquamation, kein Jucken, scharfe Abgrenzung gegen die gesunde Nachbarschaft. Die Kutis ist wenig infiltriert, die Röte schwindet auf Druck. An den Händen und Armen ist die Rötung nicht diffus, sondern tritt in runden Flecken verschiedener Größe auf, Schuppung stärker, auf den Fingerrücken Haut trocken, gefaltet, zeigt Rhagaden über den Gelenken. Diagnose: Erythema exsudativum. Unter milder Behandlung langsame Besserung der Hautaffektion. Plötzliches Auftreten eines neuen Schubes mit Blasenbildung unter Fieber und allgemeinen Symptomen. Während die Hauterscheinungen bald wieder zurückgehen, bilden sich unter anhaltendem Fieber mehr und mehr die Erscheinungen einer Nephritis heraus, und Patientin stirbt an Urämie. Bei der Sektion zeigen die Nieren das Bild der großen weißen Niere. Der Fall ist merkwürdig durch seinen letalen Ausgang und weist auf den Zusammenhang zwischen Haut- und Nierenaffektion hin. Verfasser meint, daß die Erreger der Hauteruption bzw. ihre Toxine die zum Tode führende Nierenschädigung hervorriefen.

M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Über einen Fall von Hydroa vacciniforme mit Porphyrinogenurie, von Alfred Perutz-Wien. (W. kl. W., 1917, Nr. 38.) Mitteilung eines Falles, welcher ein 7jähriges Mädchen betraf. Im Harn war kein Hämatoporphyrin, sondern Porphyrinogen nach der Methode von Schumm nachweisbar.

H. Vörner-Leipzig.

Über Neosalvarsanbehandlung schwerer Fälle von Erythema multiforme, von Friedrich Fischl-Wien. (W. m. W., 1917, Nr. 43.) Der Verfasser berichtet über eine günstige Wirkung bei zwei Fällen. Injiziert wurde 0,15 Neosalvarsan.

H. Vörner-Leipzig.

Zoster des Plexus lumbalis et sacralis nach einer Zerebrospinal-Meningitis nebst Rückfall nach sechs Monaten, von Arnold Netter. (Comptes rendus hebdomad. des Séances de la Société de Biologie, 1916, Bd. 79, Nr. 15, S. 755.) Kasuistische Mitteilung. Zuerst trat im Verlaufe einer Meningitis ein Herpes zoster lumbalis und sacralis auf, der abheilte. Es kam dann im Verlaufe der Rekonvaleszenz nach einer Pneumonie zu einer neuerlichen Eruption eines Herpes zoster im Bereich des Plexus lumbalis. Die Zeit zwischen dem ersten Herpes zoster und dem Rezidiv betrug ungefähr ein halbes Jahr.

K. Boas-Rostock.

Beiträge zur Kenntnis der Alkoholneuritis, von Hermann Eichhorst-Zürich. (D. Arch. f. kl. M., 1916, Bd. 121, H. 1—3.) Die Veränderungen des zentralen und peripheren Nervensystems als Folgen des Alkohols, sogenannte Alkoholneuritis, ist auch eine sehr bestrittene Frage. Die Ansichten der Verfasser sind doch noch so verschieden, daß man in keiner Hinsicht feste Grundsätze aufstellen kann. In einer sehr interessanten Arbeit teilt Verfasser seine Beobachtungen mit. Unter einer recht stattlichen Zahl von Polyneuritikern hat der Verfasser einen einzigen Fall von Herpes zoster beobachtet, bei einem Manne mit Alkoholpolyneuritis. Der Sektionsbefund und die histologische Untersuchung werden genau mitgeteilt. Der Verfasser läßt aber die Frage offen, ob überhaupt den beschriebenen entzündlichen Veränderungen in der Pia mater spinalis eine ursächliche Beziehung zu dem Herpes zoster zukommt. Er macht aber dabei die so wichtige Entdeckung, daß außer Erkrankungen der Intervertebralganglien und peripherischen Nerven auch solche der hinteren Rückenmarkswurzeln imstande sind, Herpes zoster hervorzurufen. Für den Herpes zoster im Gefolge von Alkoholneuritis bleibt wohl kaum eine andere Annahme übrig als die, daß bei Alkoholneuritis in der Regel diejenigen Nervenbahnen verschont bleiben, deren Schädigung Herpes zoster nach sich zieht. Zwei Beobachtungen stellen ein gleichzeitiges Auftreten von Leberzirrhose und Alkoholneuritis dar; ob aber ein Zusammenhang besteht, ist doch zweifelhaft. Ebenso kann über eine alkoholische Abduzenslähmung noch nicht das letzte Wort gesprochen werden. Beobachtung verdient, daß wenn einmal ein Alkoholist an einer Augenmuskel-

Digitized by Google

lähmung erkrankt, es sich fast ausnahmslos um den Musculus rectus lateralis s. externus handelt. Was die Verteilung der motorischen und sensibeln Nervenfasern in den peripherischen Nerven anlangt, glaubt der Verfasser die Beobachtung gemacht zu haben, daß die Art der Verteilung bei beiden Nervenfaserarten eine etwas verschiedene ist, denn während die erkrankten motorischen Nervenfasern mehr bündelförmig nebeneinander liegen, zeigen sich die sensibeln Nervenfasern zwischen diesen motorischen Gruppen mehr vereinzelt stehend. Betreffs der Blutgefäße der erkrankten Nerven findet man in der Mehrzahl die Blutgefäße unversehrt. Ausnahmsweise findet man endarteriitische oder periarteriitische Veränderungen; aus dieser Beobachtung resultiert die Frage, ob die Nervendegeneration mehr die Folge der Endarteriitis als des unmittelbaren Einflusses des Alkohols auf die Nervenfasern ist. An diese sehr lehrreiche Arbeit schließt der Verfasser einige bemerkenswerte histologisch-technische Schlußbemerkungen an.

W. Chrzelitzer-Posen.

Akute Exantheme.

Über eine ungewöhnliche Komplikation von Scharlach, von Dr. J. Höhn. (Wien. klin. Rdsch., 1917, H. 15 u. 16.) Verfasser beobachtete bei einer Scharlachepidemie ein so häufiges und auffallendes Ergriffensein der Respirationsschleimhaut, wie es sonst bei Scharlach nicht vorkommt. Es handelte sich meist um diffuse Bronchitiden, seltener um lobäre Pneumonien. Da zu gleicher Zeit eine Influenzaepidemie herrschte, nimmt Verfasser an, daß es sich um Hinzukommen von Scharlach zu bereits bestehender oder beginnender Influenza handelte. H. Boehme-Leipzig.

Über traumatischen Scharlach, von Korach. (D. m. W., 1917, Nr. 1.) Der von Korach beobachtete Fall betrifft einen 24jährigen Kollegen, der trotz wiederholter Gelegenheit zu einer Scharlachinfektion von dieser Krankheit verschont blieb. Er akquiriert aber die Krankheit, als er, kurz nachdem er sich eine kleine Handwunde zugezogen hatte, mit Scharlachkranken direkt in Berührung kam. Zwei Tage nach der Verletzung entwickelte sich bei ihm eine Lymphangitis scarlatinosa, am dritten Tage schwere Allgemeinerscheinungen und Beginn des Scharlachexanthems, am vierten Tage vollständig entwickelter Scharlach mit typischer Lokalisation. E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Die Prüfungsordnung für Ärzte vom 28. Mai 1901 hat insofern eine erfreuliche Änderung erfahren, als ab 1. Oktober 1918 auch Dermatologie geprüft werden wird.

Dr. Levy-Bing-Paris hat an Stelle des verstorbenen Prof. Ernest Gaucher die Redaktion der Annales des Maladies Vénériennes übernommen.

Prof. Felix Lewandowsky, Direktor der dermatologischen Klinik in Basel, wurde zum ordentlichen Professor ernannt.

Geh. Med.-Rat Prof. Edmund Lesser, Direktor der dermatologischen Klinik und Poliklinik in Berlin, ist gestorben.

Dr. Fleming Mant Sandwith, Professor an der London Tropical School of Medicine und konsultierender Arzt der Mittelmeerstreitkräfte, ist am 17. Februar gestorben. Er war der Entdecker der Pellagra in Ägypten.

Hofrat Dr. Anton von Genersich, emeritierter Professor der pathologischen Anatomie in Budapest, ist gestorben. Er ist bekannt durch seine Untersuchungen über die Vater-Pacinischen Körperchen.

Dr. Joseph Renaut, Professor der Histologie in Lyon und vormals Assistent von Hardy im Pariser Hôpital Saint-Louis, ist gestorben. Durch seine Forschungen über Ödem, Erysipel, Pocken, Molluscum contagiosum usw. hat er sich auch dermatologisch verdient gemacht. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille. Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

13. Juli 1918 | Nr. 28 | Band 67

Aus der dermatologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Charlottenburg (leitender Arzt: Prof. C. Bruhns).

Über Livedo racemosa ohne nachweisbare Lues[1]).

Von

Dr. Arthur Alexander.

(Mit 1 Abbildung.)

Ehrmann[2]) hat vor etwa zwölf Jahren das Bild der Livedo racemosa geschildert. Er beobachtete in einer Anzahl von Fällen auf der Haut der Extremitäten wie auch des Stammes baumförmige verästelte, livid rote, hyperämische Flecke von ganz unregelmäßiger Ausdehnung, die an ihren Enden wie auch sonst ohne scharfe Begrenzung in die Umgebung übergingen. In der Regel war ein stärker elevierter, blauroter Hauptast erkennbar, von dem aus weniger intensiv gefärbte und nach der Peripherie immer blasser werdende und weniger elevierte Nebenzweige erster, zweiter und dritter Ordnung abgingen. Ehrmann bringt diese Erscheinungen mit einer vorangegangenen oder auch noch bestehenden Lues in Verbindung. Er beobachtete sie vom zweiten Jahre bis in das dritte Dezennium nach der Infektion. Von zwölf Fällen, die Ehrmann in der Zeit vor der Wassermann-Reaktion beobachtete, hatten zehn sichere syphilitische Anamnese oder syphilitische Erscheinungen. Bei vier Fällen, die Ehrmann später sah, war die Wassermann-Reaktion durchweg positiv. Die Flecken konnten nur in zwei Fällen, die ein und zwei Jahre nach der Infektion beobachtet wurden, zum Schwinden gebracht werden, aber eine gewisse Reaktion der Therapie auf die Flecken gibt Ehrmann bei den meisten übrigen Fällen an.

Die syphilitische Natur der Flecke wurde durch die histologische Untersuchung bestätigt. Ehrmann fand eine Veränderung im tiefen Arteriennetz, besonders an der Grenze zwischen Kutis und Subkutis, und zwar zeigte sich eine ausgesprochene Endarteriitis, konzentrische oder halbmondförmige Intimawucherung. Ehrmann nimmt daher an, daß bei Individuen, die durch habituelle Livedo calorica, zum Teil auch durch andere Umstände wie Alkoholismus prädestiniert sind, im Bereiche früherer großmakulöser Syphilide die genannten baumartigen Verästelungen entstehen, und zwar führt er ihre Entstehung auf die im Sekundärstadium von den Endothelien und der Intima der Blutgefäße aufgenommenen Spirochäten zurück. Er ist überzeugt, daß die Livedo racemosa sich an

[1]) Die nachstehend geschilderten zwei Fälle wurden von Prof. Bruhns in der Sitzung der Berl. derm. Ges. vom 15. I. 1918 kurz demonstriert. — [2]) Arch. f. Derm., Bd. 113.

Digitized by Google

sehr viele Fälle des großmakulösen Syphilids anschließt, daß man das Krankheitsbild bisher nur zu wenig beachtet habe und es nun, einmal aufmerksam geworden, öfter zu Gesicht bekommen werde.

Diese Annahme Ehrmanns hat sich, wenn man die Literatur verfolgt, bisher nicht bestätigt, wenigstens finde ich nur einen Fall verzeichnet, bei dem der Verfasser das Ehrmannsche Luesphänomen beobachtet zu haben glaubt.

Es handelt sich [Carl Schmidt[1])] um eine Patientin mit frischer Lues, die wegen eines papulösen Exanthems die Frankfurter Hautklinik aufsuchte und ungefähr zehn Tage nach der Aufnahme, nachdem sie 0,15 Hg sal. erhalten hatte, neben dem syphilitischen Exanthem bläulichrote zyanotische, leicht gegen die Umgebung erhabene Verfärbungen der Haut aufwies, die vollständig einer venösen Stauung glichen. Befallen war das Gesicht, die Seitenteile des Stammes, die obere Bauchhaut und die Streckseiten der Oberarme. Es waren teils unregelmäßige Flecken, teils Figuren wie Gyri, Ringformen und Halbkreise, dazwischen jedoch zinnoberrot gefärbte, zum Teil an die Follikel gebundene Papeln, die vorher nicht da waren. Der Ausschlag verschwand unter fortgesetzter Behandlung in vier Wochen.

Histologisch fand Schmidt neben einem uncharakteristischen Infiltrat im Bereiche des subpapillaren Gefäßnetzes intensive Endo-Periphlebitis als den anatomischen Ausdruck für die eigentümlichen lividen Erscheinungen auf der Haut.

Während also Ehrmann die passive Hyperämie auf endarteriitische Prozesse zurückführt, nimmt Schmidt endophlebitische Vorgänge als Ursache an. Trotzdem glaubt er, daß in seinem Fall ein echtes Phänomen im Sinne Ehrmanns vorliegt.

Ich kann Schmidts Ansicht nicht teilen. Schon klinisch handelt es sich doch, wenn man seine Schilderung mit der Ehrmannschen und dessen Abbildungen vergleicht, um ein ganz anderes Krankheitsbild: vor allem fehlen bei Schmidt völlig die baumartigen Verzweigungen. Ferner hat man beim Lesen seiner Arbeit doch ganz den Eindruck, daß hier irgend ein akutes toxisches Erythem vorliegt, ein frischer, in vier Wochen abklingender Prozeß, aber nicht die von Ehrmann geschilderte, ganz langsam sich entwickelnde Dermatose, die chronisch verläuft und stabil bleibt. Aber selbst wenn man mit Schmidt für die blauroten Infiltrate die von ihm gegebene Auffassung akzeptiert, so bleiben immer noch die zinnoberroten frischen Papeln übrig, deren Zustandekommen ungeklärt bleibt. Wenigstens kann ich mir nicht denken, in welcher Weise die endophlebitischen Prozesse, auf die — m. E. mit Recht — Schmidt die blauroten Infiltrate zurückführt, auch die zinnoberroten Papelchen, die noch, während der zyanotische Prozeß auf der Höhe stand, neu auftraten, erklärt werden könnten.

Wenn also die Ausscheidung des Schmidtschen Falles zu Recht besteht, so stellt das Krankheitsbild der Livedo racemosa, so wie es Ehrmann beschreibt, klinisch ein ganz fest umschriebenes, klares Bild dar. Ätiologisch kommt, worüber nach Ehrmanns Ausführungen wohl kein Zweifel sein kann, in der überwiegenden Zahl der Fälle Lues in Betracht.

Daß jedoch das klinische Bild der Livedo racemosa auch ohne nachweisbare vorangegangene Lues und ohne das gleichzeitige Bestehen oder unmittelbare Vorhergegangensein syphilitischer Hautausschläge vorkommen kann, dafür möchte ich im folgenden zwei, meiner Ansicht nach absolut beweiskräftige Fälle kurz mitteilen.

[1]) Arch. f. Derm., Bd. 114.

Digitized by Google

Fall I. Patient R. Anamnese: Aufgenommen wegen Gonorrhoe. Die unten beschriebenen Flecken hat Patient, da sie keine subjektiven Beschwerden machten, erst gemerkt, als er 1914 wegen Ruhr in der Charité lag und von ärztlicher Seite darauf aufmerksam gemacht wurde. Wassermann nach seiner Angabe Januar 1915 in der Charité negativ. 1916 gleichfalls dreimal negativ, ebenso 1917 einmal. Anamnese quoad Lues ganz negativ.

Status: Auf Brust, Bauch und Rücken sowie auf den Glutäen sieht man zahlreiche, im Niveau der Haut gelegene blaurote, leicht wegdrückbare Flecken und unregelmäßige Figuren, die eine ausgesprochen baumartige Verästelung zeigen. Von einem etwas dunkler gefärbten Stamm aus, dessen Seitenteile manchmal etwas blasser erscheinen, gehen feine Zweige senkrecht ab, die sich in der Umgebung verlieren. Keine Narbenbildung, keine Gefäßektasien innerhalb der Flecke.

Wassermann bei uns zweimal negativ, zweimal zweifelhaft. Ich hielt es daher für angebracht, eine Kontrolluntersuchung von anderer, ganz unbeteiligter Seite vornehmen zu lassen, die Herr Dr. BLUMENTHAL (serologisches Institut der Königlichen Universitäts-Poliklinik für Hautkrankheiten) so freundlich war anzustellen. Er bekam mit demselben Serum, bei dem ich das Resultat zweifelhaft hatte, ebenfalls ein ganz schwach positives bzw. zweifelhaftes Resultat. Eine daraufhin eingeleitete Kur mit Hydrargyrum sal. war, wie erwartet wurde, ohne jeden therapeutischen Erfolg auf die Rückbildung der Flecken.

Histologischer Befund. Exzision eines kleinen erkrankten Stückes: Einbettung in Paraffin, Färbung mit den üblichen Methoden. Im Papillarkörper und der oberen und mittleren Kutis sieht man ziemlich zahlreiche perivaskuläre Infiltrate um die erweiterten und mit Blut strotzend gefüllten Gefäße. Die Infiltrate bestehen aus Lymphozyten und vereinzelten polynukleären Leukozyten, ganz wenig Plasma- und Mastzellen. Irgend welche Gefäßveränderungen im Sinne endarteriitischer oder endophlebitischer Prozesse fehlen völlig. Epithel bis auf wenige durchwandernde Leukozyten ebenfalls normal. Elastika und Kollagengerüst o. B.

Fall 2 (linker Glutaeus).

Fall 2. Patient St. (vgl. Abbildung). Anamnese: Infektio mit Lues negatur, auch keine Erscheinungen von Lues gehabt. Patient wird aufgenommen wegen epileptiformer Anfälle und des unten beschriebenen Hautausschlags, die von anderer Seite mit Lues in Verbindung gebracht wurden.

Status: Auf beiden Glutäen (vgl. die Abbildung), auf dem Abdomen und in der Lendengegend zum Teil nach Art einer Landkarte angeordnete, teilweise auch rankenartig verzweigte Verfärbungen der Haut, von dunkelblauroter bis blaßroter Färbung, die auf Druck verschwinden und durchaus im Niveau der Haut liegen. Sie sind strohhalm- bis bleistiftdick, zeigen keinerlei Oberhautveränderungen, keine Schuppung und jucken nicht. Ähnliche Flecke finden sich auf der Streckseite der oberen Extremitäten, teilweise pfennig- und markstückgroß, selten ringförmig, meist netzartig angeordnet. Über dem Olekranon und beiden Kniescheiben sind die Flecke zu ziemlich großen, unregelmäßig begrenzten Flächen konfluiert und zeigen eine ziemlich satte, kräftig blaurote Farbe. Im Gesicht bei sehr genauem Zusehen ebenfalls einige livide Stellen, die unmerklich in die umgebende Haut übergehen.

Für Lues kein Anhaltspunkt. Wassermann absolut negativ.

Histologischer Befund: Exzision eines kleinen erkrankten Stückes. Einbettung und Färbung wie oben. Hier sind die mikroskopischen Veränderungen noch wesentlich geringer, die Gefäße in der Kutis zeigen minimale perivaskuläre Infiltrate von gleichem Charakter wie oben. Erstere selbst nur wenig zahlreich und ebenfalls mit Blut gefüllt. Kollagenes und elastisches Gewebe normal.

Digitized by Google

Therapie: Patient erhält ebenfalls trotz der quoad Lues absolut negativen Anamnese und des mangelnden objektiven Befundes zehn Quecksilbersalizylspritzen ohne jeden Erfolg auf die Hauterscheinungen sowohl als auch auf die epileptoiden Anfälle.

Fassen wir kurz zusammen, so handelt es sich um typische Fälle von Livedo racemosa, die völlig dem von EHRMANN geschilderten Bilde gleichen. Bei dem einen Falle ist die Livedo racemosa bei einem sonst ganz gesunden Manne aufgetreten, der andere Mann leidet zwar an Epilepsie, zeigt jedoch keine Krankheitserscheinungen, die zu Stauungen im Blutgefäßsystem disponieren könnten. Speziell in bezug auf Lues sind wohl beide Fälle mit ziemlicher Sicherheit als luesfrei zu bezeichnen. Die minimale Hemmung der Hämolyse im Falle I genügt keinesfalls, um die Diagnose Lues irgendwie wahrscheinlich zu machen. Und die epileptiformen Anfälle bei dem zweiten Patienten haben sich wohl gerade dadurch, daß sie durch die antisyphilitische Therapie in keiner Weise gebessert wurden, als nichtsyphilitischer Natur erwiesen. Ebenso wenig Anhaltspunkte für das Vorhandensein einer spezifischen Ursache für die uns beschäftigende Dermatose geben die histologischen Veränderungen. Wir sehen nur ganz uncharakteristische Prozesse, wie sie bei vielen auf entzündlichen Vorgängen beruhenden Hautaffektionen vorkommen, speziell endarteriitische oder endophlebitische Veränderungen fehlen völlig. Natürlich bin ich weit davon entfernt, aus dem histologischen Bilde der beiden kleinen von uns exzidierten Stückchen allein das Vorhandensein von Lues ausschließen zu wollen, denn es könnten ja immerhin irgendwo in der Tiefe an anderen Stellen der Haut endarteriitische Prozesse vorhanden sein oder vorhanden gewesen sein, von denen die uns gerade vorliegenden entzündlichen Vorgänge nur die uncharakteristischen Ausläufer zu sein brauchten. Nimmt man jedoch hinzu, daß, wie schon mehrmals hervorgehoben, weder die Anamnese, noch der klinische Befund, noch die Wassermannsche Reaktion, noch ein Erfolg der antisyphilitischen Therapie irgend einen Anhaltspunkt für das Bestehen von Lues ergeben haben, so geht man wohl nicht zu weit, wenn man für unsere Fälle von Livedo racemosa andere Ursachen annimmt als die Lues. Welcher Art diese sind, darüber versagen allerdings, wie ich ganz offen zugeben möchte, unsere Erklärungsmöglichkeiten vollkommen. Daß ein entzündlicher Prozeß da ist, scheint ja durch die histologische Untersuchung erwiesen zu sein, und das Moment der Stauung, das ja klinisch am meisten in die Augen fällt, wird mikroskopisch wenigstens in dem einen Falle, sehr viel weniger allerdings in dem anderen, leidlich gestützt; wodurch aber diese beiden Momente ausgelöst wurden, und warum dies gerade an den erkrankten und nicht an anderen Stellen des Integuments der Fall war, darüber haben wir keine Erklärung. Denn die Annahme toxischer Einflüsse auf die Vasomotoren [Splanchnikus, ADAMSON [1])] ist ja weiter nichts als die Umschreibung der Tatsache, daß wir über die Ätiologie nichts wissen.

Trotz dieses nach der ätiologischen Seite hin negativen Ergebnisses schien es mir doch von Wert zu sein, die beiden Beobachtungen mitzuteilen. Es liegt ja nahe, aus der EHRMANNschen Arbeit, daß die Livedo racemosa ein syphilitisches Symptom sei, den weitergehenden Schluß

[1]) Brit. J. of Derm., 1916. Die betreffende Arbeit ist mir der Kriegsverhältnisse wegen leider nur im Referat zugänglich.

Digitized by Google

zu ziehen, nun im Einzelfall bei Vorliegen einer Livedo racemosa ohne weiteres Lues anzunehmen und eine entsprechende Kur einzuleiten. Zu zeigen, daß wahrscheinlich auch andere uns noch unbekannte Noxen das Krankheitsbild der Livedo racemosa erzeugen können, ist der Zweck der vorliegenden Zeilen.

Aus der internen Abteilung des bosnisch-herzegowinischen Landesspitales in Sarajevo.

Mitteilungen über Viszeralsyphilis.

Von

Prof. Dr. L. Ritt. v. Korczyński.

(Fortsetzung.)

Die Äußerung der Koronarsklerose besteht in Anfällen von durch die Kranken qualvoll empfundener Angina pectoris. Die als klassisch bezeichneten Attacken brauchen aber nicht immer in typischer Form aufzutreten. Das bezieht sich in erster Linie auf die Verbreitung der Schmerzen. Der übliche Irradiationsmodus, zumeist gegen die oberen Extremitäten hin, wird da nicht immer eingehalten. Der Schmerz breitet sich manchmal nur gegen den Kopf, die Schultern oder im Bauche aus. Ein anderes Mal werden die Schmerzen in die Magen-, Leber- und auch Nierengegend verlegt. Nicht gar selten stellt sich dabei Nausea und Erbrechen ein. Es wird auch über Schmerzen am Rücken neben der Wirbelsäule geklagt. Es kann sogar vorkommen, daß der Oberkörper verschont bleibt und lediglich sehr intensive gastralgische Schmerzen empfunden werden, zumeist, wenn nicht immer von Brechreiz und Erbrechen begleitet. Und weiterhin sei auch darauf hingewiesen, daß in manchen Fällen das Bild der Angina durch dasjenige des akut auftretenden Asthma cardiacum ersetzt wird. Die eigentlichen Schmerzen können da vollkommen vermißt werden. In Fällen, wo zwischen dem Manifestwerden der Koronarsklerose und dem Tode ein längerer Zeitraum liegt, haben wir gelegentlich einen allmählichen Umschlag des Charakters der Anfälle verzeichnen können. Zu Beginn wurden typische Attacken der Stenokardie beobachtet; im weiteren Verlaufe ist der anginöse Typus zurückgetreten, die Oberhand hat der kardioasthmatische gewonnen.

Wenn von Zeiträumen zwischen dem Einsetzen der anginösen bzw. der kardioasthmatischen Anfälle und dem Ableben der Kranken die Rede ist, so wird damit zugleich angedeutet, daß luetische Koronarsklerosen einen wechselvollen Verlauf nehmen können. Und es ist nicht unrichtig, wenn zwischen akuten und protrachierten Dekursen unterschieden wird.

Der akuteste Verlauf ist gleichbedeutend mit plötzlichen Todesfällen. Der Kranke überlebt nicht einmal die ersten Attacken. In einer Reihe solcher Fälle ist es auch dem Anatomen nicht ganz klar, warum der Tod kommen mußte. Es finden sich zwar sklerotische Veränderungen der Kranzarterien vor, aber doch nicht dermaßen bedeutende, daß dadurch die Passage des Gefäßrohres namhaft gestört und die Blutspeisung des Herzmuskels unmöglich gemacht würde. Zur Erklärung des plötz-

Digitized by Google

lichen Versagens der Herzarbeit wurde durch TILP ausgeführt, daß infolge des Degenerationsprozesses der Elastika und der muskulären Wandteile während der Herzsystole eine gleichmäßige Erweiterung der Koronarien nicht erfolgen kann. Es entsteht nur eine schlitzförmige, zum Bluteinlaß nicht gut hinreichende Verziehung des Lumens der Gefäße. Bei solchen Verhältnissen können sogar geringe hinzutretende Noxen den Tod herbeiführen.

Durchaus verständlich ist ein plötzlicher Tod in jenen Fällen, wo Kranzarterien durch fortgeschwemmte Blutkoagula verlegt werden, oder aber, wo das Gefäß durch in seinem Lumen selbst gebildete Thromben verlegt wird. Auf die Richtlinien zur Diagnosestellung der Embolien und der Thrombosen der Koronargefäße gehen wir an dieser Stelle nicht näher ein und verweisen auf die Arbeiten von E. v. KORCZYŃSKI, W. P. OBRASTZOW, Dr. N. STRASCHESKO und H. HOCHHAUS.

Einen raschen Verlauf haben wir beobachten können auch in Fällen, wo die Koronarien selbst zwar gut durchgängig waren, deren Ostium aber infolge wallartiger Auftreibungen sehr stark verengt und verunstaltet wurde. In einem solchen Falle sind vom Beginn der anginösen Beschwerden bis zum Tode nur etwa 6—7 Wochen verstrichen, in einem anderen hat dieser Zeitraum etwa 10—12 Wochen betragen.

Ganz im allgemeinen kann ausgeführt werden, daß die Lebensgefahr bei Koronarsklerose desto größer ist und desto näher liegt, je näher der Aorta das erkrankte Segment der Kranzarterien zu stehen kommt.

Die sklerotischen Veränderungen können nun aber das proximale Ende bzw. die Hauptstämme der Gefäße überspringen und erst in deren weiterem Verlaufe, bzw. in den Zweigästen Platz greifen. Durch den Verschluß der feinen Ernährungsgefäße kommt es zum fortschreitenden Schwund der Muskelfasern und zur Bildung von Schwielengewebe, welches in Zügen und Lagern die Herzmuskulatur durchsetzt. Schon dadurch muß die Funktion des Herzens Schaden erleiden. In diesen Schwielen kommen manchmal Herzarterien mittleren Kalibers, ja sogar deren Hauptstämme zu liegen, woraus ernste Störungen des Blutstromes und unzureichende Speisung der Herzmuskulatur resultieren können. Die unterernährten Muskelfasern sind dann unfähig die verlangte Arbeit zu leisten. Durch Analyse klinischer Erscheinungen in länger beobachteten Krankheitsfällen, bei gebotener Gelegenheit auch durch anatomische Untersuchungen, gewinnt man in einem Teile solcher Fälle Anhaltspunkte zur Annahme, daß der krankhafte Prozeß von der Peripherie aus zentralwärts fortschreitet, d. h. in den feinen Ästen der Koronarien beginnt und sukzessive auf größere und auf die Hauptstämme übergreift. Dementsprechend wird das Krankheitsbild zu Anfang durch Erscheinungen der Myokarditis bestimmt. Erst später gesellt sich dazu die kardiovaskuläre Komponente, die ihren Ausdruck in Anfällen der Angina pectoris und des Asthma cardiacum findet.

Den Betrachtungen an Kranken mit Koronarsklerose ist zu entnehmen, daß Mitbeteiligung der Herzgefäße am luetischen Prozesse der Aorta unter allen Umständen sehr ernst zu nehmen ist. Es ist aber damit nicht gesagt, daß in jedem Falle, wo Angina pectoris oder Erscheinungen von Herzmuskelschwäche mit guten Gründen auf anatomisch bedingte

Digitized by Google

Störungen der Koronarblutströmung bezogen werden könnten, dem Kranken unbedingt ein nahes Ende verkündet werden müßte. Mit der Erkenntnis, daß Koronararterien durch Syphilisvirus sehr oft geschädigt werden, haben unsere therapeutischen Maßnahmen gewisse Änderungen erfahren, und es liegen bereits literarische Mitteilungen vor, welche über gute Erfolge energisch durchgeführter antiluetischer Kuren berichten (Weintraud u. a.). Ähnliche Erfahrungen haben auch wir bei manchen eigenen Kranken machen können. Diese Erkenntnis macht es begreiflich, daß die rechtzeitige Diagnosestellung der Koronarsklerose von prinzipieller Bedeutung erscheinen muß. Nicht nachdrücklich genug kann da vor der Mißdeutung auch der leichtesten anginösen und kardioasthmatischen Erscheinungen gewarnt werden. Man lasse sich nicht verführen, solche Beschwerden mit leichtem Herzen allsogleich für rein nervöse Symptome zu erklären. In einem jeden Falle, wo, wenn auch nur sehr unbedeutende, Anzeichen von Herzmuskelschwäche, von kardioasthmatischen oder anginösen Beschwerden bestehen, ist in erster Linie mit Veränderungen der Koronargefäße zu rechnen. Den Erfahrungen, welche am hiesigen Aortensyphilismaterial gewonnen werden konnten, läßt sich entnehmen, daß die Koronarien auch bei unseren Mesaortitikern sehr oft miterkranken. Unter eigenen Beobachtungen finden sich 26 Fälle vor, in denen Veränderungen der Herzgefäße angenommen wurden. Für die Gesamtzahl von 74 Fällen der Aortenfibrose bedeutet dies 35,13%. Und diese Zahl kommt gewiß nicht zu hoch, eher zu niedrig zu stehen.

Nach den vielen klinischen, serologischen und anatomischen Erfahrungen, welche die Aortenaneurysmen der überwiegenden Mehrheit nach als Folge der Syphilis ansprechen lassen, ist es durchaus verständlich, wenn wir in den Rahmen der Mitteilungen über Mesaortitis auch die Aneurysmen hineinbeziehen. Es liegt in der Natur des mesaortitischen Prozesses, daß die Arterienwand strukturell verändert wird, und daß bei fortschreitendem Schwund der elastischen und der Muskelfasern Vorbedingungen für Dehnung und Erweiterung des Gefäßes geschaffen werden. Der Nachweis dieser Formveränderung bildet bekanntlich eine der wichtigen diagnostischen Stützen zur Erkennung der Aortensyphilis. In jenem Stadium des Prozesses, in dem wir unsere Kranken zumeist zur Untersuchung bekommen, wird auch die Aortenektasie nur ausnahmsweise vermißt. Wiewohl nun solche Erweiterungen ab und zu recht bedeutenden Umfang erreichen und für die Blutströmung von großem Nachteil sein müssen, so wäre es doch nicht richtig, wenn man sie auf eine gleiche Stufe mit Aneurysmen stellen würde. Die Bezeichnung Aneurysma wird, wenigstens klinischerseits, für jene Fälle reserviert, in denen die Gefäßerweiterung derart groß geworden ist, daß dadurch raumbeengende Wirkung und Schädigung der Funktion der Nachbarorgane resultiert. Es entstehen dann Störungen, welche ein besonderes klinisches Interesse beanspruchen und den Prozeß gewissermaßen als eine klinische Einheit auffassen lassen.

Aus leicht zu verstehenden Gründen gehen wir auf die Schilderung der Symptomatologie in unseren Aneurysmafällen nicht ein — besonders seltene oder ungewöhnliche Erscheinungen wurden nicht beobachtet — und schränken uns nur auf Mitteilung einiger statistischer Daten ein.

Digitized by Google

Das Material, welches während der Jahre 1914—1916 an Aneurysmen zusammengekommen ist, umfaßt im ganzen acht Fälle, wovon sieben auf Männer entfallen. Auf die Gesamtzahl der Aortensyphilisfälle bezogen, bedeutet dies 10,81 %. Das Alter der Kranken hat sich in weiten Grenzen bewegt. In einem Falle wurden 63, in zwei 62, in je einem 50, 45, 43, 30 und 18 Jahre angegeben. Der Mehrzahl nach haben sich unsere Kranken aus den Kreisen der einheimischen Bevölkerung rekrutiert.

Bis auf einen Fall, der daraufhin nicht untersucht werden konnte, wurde sehr deutliche Wassermannsche Reaktion festgestellt. Der nicht untersuchte Fall bezieht sich auf einen 18jährigen Bauernsohn aus Dalmatien, welcher im Warteraum des Ambulatoriums plötzlich gestorben ist. Als Ursache des Todes wurde bei der Sektion Durchbruch des Aortenaneurysmas in den Perikardialsack festgestellt. Die Aorta hat ausgedehnte luetische Veränderungen dargeboten.

Es wurde bereits eingangs angedeutet, daß der Verlauf der Aortensyphilis mit der Lokalisation des krankhaften Prozesses aufs innigste verknüpft ist. Wir haben darin den Grund gesehen, das zusammengekommene Material auf zwei Gruppen zu verteilen und zwischen Mesaortitis simplex und Mesaortitis gravis zu unterscheiden.

Todesfälle, für welche ausschließlich die Aortensyphilis Verantwortung trägt, finden sich nur in der zweiten Gruppe. Als Todesursachen wurden verzeichnet: Koronarsklerose viermal, Insuffizienz der Aortenklappen, begleitet von Koronarsklerose dreimal, Ruptur des Aortenaneurysmas einmal. Es kommen dazu noch zwei Fälle von Aortenaneurysmen, wo der tödliche Ausgang einmal der Lungentuberkulose, das andere Mal dem Magenkarzinom zur Last fällt, und ein Fall von Koronarsklerose mit gleichzeitiger Nierensklerose, der an Miliartuberkulose zugrunde gegangen ist.

In der Gruppe der Mesaortitis simplex finden sich sieben Fälle mit letalem Ausgang vor. Davon sind drei Kranke an Nephritis, zwei an Lungenentzündung, je einer an Erysipel und an Lugentuberkulose gestorben.

Es erhellt daraus, daß die Aussichten in Fällen von Mesaortitis simplex, sofern dabei keine an und für sich ernsten Komplikationen bestehen, unendlich günstiger sind, als in jenen schweren Krankheitsformen, in welchen der Klappenapparat der Aorta, bzw. die Koronargefäße erkrankt sind, oder wo wirkliche Aneurysmen bestehen. Hat die Aorteninsuffizienz bereits Kompensationsstörungen zur Folge, leidet die Blutspeisung des Herzmuskels in namhaftem Maße, sind weite Strecken der Muskulatur durch Schwielengewebe ersetzt, ist die Entartung der Aneurysmenwand schon weit gediehen, dann gibt es kein Mittel mehr, durch welches das fatale Ende abgewendet werden könnte. Hat nun aber der Krankheitsprozeß diese äußersten Folgen noch nicht herbeigeführt, so kann es immerhin noch gelingen, sein Fortschreiten einzudämmen, und damit dem Kranken eine Zeitlang das Leben, ja sogar eine relative Leistungsfähigkeit zu erhalten. In Fällen unkomplizierter Mesaortitis simplex kann mit ganz zufriedenstellenden Erfolgen gerechnet werden. Gute, bleibende Erfolge darf man aber, allgemein genommen, nur dann erwarten, wenn eine energische antiluetische Kur durchgeführt wird und die Kranken zeitweise zu Kontrolluntersuchungen erscheinen. Daß bei dieser Kontrolle den Prüfungen der Wassermannschen Reaktion

Digitized by Google

die ausschlaggebende Bedeutung zukommt, braucht kaum besonders begründet zu werden. Welche der zahlreichen bewährten antiluetischen Kurmittel herangezogen werden sollen, bleibt der Erfahrung und gewissermaßen auch der Vorliebe des Arztes vorbehalten. Auf meiner Abteilung besteht zur Regel eine kombinierte Behandlung, unter Anwendung von Quecksilberpräparaten, Neosalvarsan und Jod. Neben den üblichen Jodsalzen kommen da noch verschiedene andere Präparate, z. B. Sajodin, Lipojodin, Jodglidin, Jodstearin und Jodpeptonat in Frage. Sehr gut hat sich uns das von Riedel A.-G. der Abteilung zur Prüfung überlassene Jodpräparat „106" bewährt. Demnächst soll dasselbe unter dem Namen Dijodil in den Handel gebracht werden. Wir können es, besonders für längeren Gebrauch, sehr warm empfehlen.

Eine überaus seltene Erscheinung bedeutet auf hiesigem Boden, gerade so wie auch anderswo, die **Syphilis der Bronchien und der Lunge.** Während des Zeitraumes, auf den sich der vorliegende Bericht bezieht, sind davon zwei Fälle beobachtet worden. In dem einen hat es sich um gummöse Bronchitis, in dem anderen um luetische Bronchopneumonie gehandelt.

Der Kranke mit Syphilis der Bronchien, ein 23jähriger Bauer, Gjorgjo C. aus Maglaj in Bosnien, hat bei seiner Aufnahme am 3. Mai 1914 mitgeteilt, daß er bereits seit längerer Zeit an Husten und Atemnot leide. Die Beschwerden haben im Laufe der letzten 2—3 Wochen stark zugenommen, und zwar in dem Maße, daß der Kranke während der Hustenanfälle direkt zu ersticken glaubt. Über stattgehabte Syphilisinfektion ist nichts Sicheres zu erfahren.

Der Befund: Gut gebauter, schlecht genährter Mann. Haut und sichtbare Schleimhäute blaß, etwas zyanotisch. An der rechten Thoraxhälfte etwa handtellergroße, strahlige Hautnarbe. Mehrere kleine, harte Nacken-, Axillar- und Kubitaldrüsen. Die Respiration, angestrengt, erfolgt unter ausgiebiger Betätigung der auxiliaren Atemmuskeln. Starke inspiratorische Einziehung der Interkostalräume, der Rippenbögen und der Herzgrube. Kein Herabrücken des Kehlkopfes. Lauter Stridor, trockener quälender Husten. Perkussionsschall in der Gegend des Lungenhylus leicht gedämpft, sonst überall hell. Ausdehnungsfähigkeit der Lungen beiderseits schwach. Respirationsgeräusch durch Stridor verdeckt. Ab und zu sind giemende, schnurrende und pfeifende Rasseln zu hören. An den übrigen Organen keine nennenswerten pathologischen Veränderungen. Wassermannsche Reaktion stark positiv. Therapie: Schmierkur, Neosalvarsan, Jodkali. Bereits nach 10 Tagen keine Atembeschwerden, keine Erscheinungen der Bronchialstenose. Der Kranke wurde auf dringendes Verlangen am 16. Mai entlassen.

Der Fall mit Lungensyphilis betrifft einen 30jährigen Eisenbahner, Mato R., der schon seit einigen Jahren gekränkelt hat. Die Erscheinungen haben in Husten und des öfteren sich einstellender Hämoptoe bestanden. Der Kranke hat beim Ausfragen mit Bestimmtheit gesagt, daß er weder Frösteln, noch fieberhafte Temperaturen bemerkt hatte. Lues wurde zugegeben. Wassermannsche Reaktion sehr deutlich. Physikalisch nachweisbare Lungenveränderungen fanden sich rechts im Mittellappen vor. Nach mehrwöchiger antiluetischer Behandlung konnte Resorption des Infiltrates in den betroffenen Lungenpartien festgestellt werden. Unter fortgesetztem Jodgebrauch erfolgte vollständige Ausheilung des Lungenprozesses.

Nicht gerade oft, aber doch merklich häufiger wie Lungen- bzw. Bronchiensyphilis, konnten **luetische Erkrankungen der Leber** verzeichnet werden. Ganz besonders gilt dies für den Fall, wenn mit Ergebnissen der Autopsien am gesamten Sektionsmaterial des Spitales gerechnet wird. Bei Leichen von an verschiedenen Krankheiten Verstorbenen finden sich als Nebenbefund nicht allzu selten in der Leber luetische Veränderungen vor, die bald in kleinen, tiefliegenden Gummen, bald in aus Gummen hervorgegangenen Narben, oder in perihepatitischen

Digitized by Google

Verdickungen luetischer Herkunft bestehen. Die Zahl solcher Fälle ist zwar nicht direkt groß, aber immerhin beachtenswert.

Das eigene Material, welches während der Jahre 1914—16 an Lebersyphilis zusammengekommen ist, hat aus vier Fällen bestanden. In zwei dieser Fälle, die letalen Verlauf genommen haben, konnte die Diagnose auch direkt durch anatomische Untersuchung gesichert werden.

1. Fall: Dragica P., 27 Jahre alte Mietskutschersfrau aus Sarajevo, hat bei ihrer Aufnahme am 23. Oktober 1914 angegeben, daß sie früher immer gesund gewesen sei und erst seit neun Monaten sich unwohl fühle. Die Beschwerden bestehen in Druckgefühl und Spannung im Epigastrium, Störungen des Stuhlganges, wobei hartnäckige Obstipation mit Durchfällen abwechselt, fortschreitender Abmagerung und Hinfälligkeit und Anschwellung des Bauches. Seit drei Monaten keine Menstruation. Syphilis wird negiert. Keine Schwangerschaft.

Befund: Blasse, kachektische Frau, Unterschenkelödeme. Am Respirationsapparat und am Herzen keine auffallenden Veränderungen. Puls 96. Blutdruck: oszillatorisches Maximum 118 mm Hg, oszillatorisches Minimum 74 mm Hg. Bauch faßförmig, mit erweiterten Venen. Bauchumfang 110 cm. Starke Spannung der Bauchdecken macht tiefe Palpation unmöglich. Lebergegend druckschmerzhaft, Stuhl diarrhoisch, mehrmals täglich. Harn ohne pathologische Bestandteile, spez. Gewicht 1018—1022. Leukozytenformel: Neutr. L. 65%, Lymph. 22,5%, Übergangsformen 10%, Basoph. L. 1,25%, Eosin. L. 2%, Gr. Monon. 0,75%, Türcksche Reizungsf. 0.5%. Wassermannsche Reaktion positiv. Auf Milchzucker unbedeutende, kurzdauernde Zuckerausscheidung. Derselbe Erfolg nach subkutaner Injektion von 0,001 Adrenalin. Am 29. X. Punktion der Bauchhöhle, wobei 11,5 Liter klare Flüssigkeit entleert wurden. Spez. Gewicht 1008, Eiweißgehalt 1,5% (Esbach). Im Sediment wenige Leukozyten. Die Palpation der Bauchorgane hat ergeben: Die Leber merklich vergrößert, hart, schmerzhaft, die Oberfläche etwas uneben. Milz ebenfalls vergrößert, druckschmerzhaft. Die eingeleitete antiluetische Kur erfolglos. Die Kranke verfällt sichtlich. Der Durchfall besteht fort, Zeitweise stellt sich Erbrechen ein. Schon am 10. XI. mußte abermalige Bauchpunktion vorgenommen werden. Es wurden 15 Liter Flüssigkeit entleert. Spez. Gewicht 1007, Eiweißgehalt 0,8%. Die Leber und die Milz von derselben Beschaffenheit wie zuvor. Am 21. XI: Entleerung von 12 Liter Flüssigkeit. Ende November profuser, unmittelbarer Durchfall, weit ausgebreitetes Anasarködem, auffallende Herzschwäche. Puls klein, schwach gespannt, Pulszahl 128—136. Am 5. XII. Exitus.

Sektionsbefund (auszugsweise; Prosektor Dr. Prašek): Luetische Zirrhose der Leber (Leber von unregelmäßiger Form, grob gelapptem Aussehen — Hepar lobatum —. Am Durchschnitt, in fibrösen Zügen liegend, Reste von Gummen). Der Überzug der Leber stark verdickt, mit der Umgebung an zahlreichen Stellen verwachsen — Perihepatitis fibrosa adhaesiva —. Chronischer Milztumor. Zuckergußmilz. Schrumpfende Narbe der Milz (Gummanarbe). Fettige Degeneration des Herzmuskels. Verfettung der Aortenintima. Hydrops ascites.

2. Fall: Mujo M., 32 Jahre alt, Kaffeesieder aus Ljubinje in der Herzegowina, aufgenommen 7. II. 1916, leidet seit ungefähr einem Jahre an Schmerzen in der Magengegend, die in einer in der Magengrube zu tastenden, druckempfindlichen Geschwulst lokalisiert werden. Seit drei Monaten Steigerung der Beschwerden unter Hinzutreten von Durchfällen. Der entleerte Stuhl ist blut- und schleimhaltig. Ab und zu Erbrechen. Lues negiert, desgleichen Alkoholgenuß. Einmaliger Abortus der Ehefrau.

Befund: Gut gebauter, unterernährter, blasser Mann. Sensorium zeitweise getrübt. Zunge braunrot, trocken. Diffuse Bronchitis. Beiderseits bronchopneumonische Herde. Hustenreiz mäßig. Sputum schleimig-eitrig, etwas zähe, ab und zu blutig tingiert. Herz ohne Besonderheiten. Puls 90—100. Bauch aufgetrieben. Hautvenen erweitert. Leber derb, druckschmerzhaft, in toto vergrößert. Ganz besonders voluminös und schmerzhaft erweist sich der linke Lappen, in dessen Bereich fast genau in der Mittellinie eine harte, sehr schmerzhafte Geschwulst liegt. Sie ist etwa doppelt so groß wie ein Fünfkronenstück. Kleine Unebenheiten sind sonst an der ganzen Leberoberfläche zu fühlen. Die Milz ist ebenfalls merklich vergrößert, druckschmerzhaft, ziemlich hart. In der Bauchhöhle freie Flüssigkeit. Urin spärlich, hochgestellt, zucker- und eiweißfrei, weißt deutliche Urobilin- und Urobilinogenreaktion auf. Blut: Hyperleukozytose. Leukozytenformel: Neutr. L. 66%, Lymph. 32%, Übergangsformen 1,6%, Gr. Monon. 0,4%.

Digitized by Google

Stuhl halb flüssig, schleimhaltig. Während der ersten zwei Tage subfebrile Temperaturen. Später durch sechs Tage intermittierendes oder stark remittierendes Fieber, mit Steigerungen bis 40° C, sogar etwas darüber. Während der ganzen Zeit große Unruhe, Delirien, mehrmals Nasenbluten, mäßiger Durchfall. Stuhl immer ohne Blut, schleimhaltig. Bakteriologische Untersuchung desselben negativ. Serum agglutiniert Typhusbazillen im Verhältnis 1 : 200, was auf seinerzeit durchgemachte Typhusschutzimpfung zurückzuführen ist.

Am 12. II. Galaktoseversuch: negativ. 13. II. nach Darreichung von Milchzucker bei gleichzeitiger subkutaner Injektion von 0,001 Adrenalin nur sehr unbedeutende Zuckerausscheidung. 15. II. Temperatur normal, Sensorium frei. Punktion des Bauches und Entleerung von 8½ Liter klarer, seröser Flüssigkeit. Spez. Gewicht 1006, Eiweißgehalt 0,8%. 16. II. Wassermannsche Reaktion positiv. Daraufhin Versuch mit Neosalvarsan. Der Kranke erhält davon am 23. II. und am 1. III. je 0,6 g. Irgend eine günstige Wirkung hat sich nicht feststellen lassen. Im Gegenteil, der Kranke verfiel immer mehr. Es bildete sich Hautödem aus, die Menge der Bauchflüssigkeit wurde von Tag zu Tag größer, auf der Bildfläche sind wiederum Delirien erschienen. Am 30. III. Exitus.

Sektionsbefund (auszugsweise; Prosektor Dr. Prašek.): Luetische interstitielle Bindegewebswucherung der Leber — Hepar lobatu m—. (Die Leber vergrößert, von unregelmäßiger Form. Die Oberfläche grob höckerig. Die einzelnen Höcker haselnuß- bis wallnußgroß, durch tiefe, schmale Einziehungen getrennt. Das Organ von beträchtlicher Härte, am Durchschnitt von breiten fibrösen Zügen durchsetzt. Das dazwischenliegende Parenchym von dunkelbrauner Farbe, von unregelmäßigem, grobazinösem Bau. Gewicht der Leber 2000 Gramm.) Lobulärpneumonische Herde der Unterlappen. Ödem der Lungen. Atrophie des Herzmuskels. Chronischer Milztumor. (Maße: 20, 16, 9.)

Aus der Schilderung der Beobachtungen ist ersichtlich, daß beide Fälle eine weitgehende Übereinstimmung der klinischen Erscheinungen, des Verlaufes der Krankheit und des Charakters der anatomischen Veränderungen in der Leber gezeigt haben. Den Mitteilungen der Kranken zufolge sind im Vordergrunde, ganz besonders zu Beginn der Krankheit, gastrointestinale Störungen gestanden. Über direkte Schmerzen in der Leber wurde nur im zweiten Falle berichtet. Eine besondere Beachtung verdienen die fortschreitende Abmagerung und die zunehmende Schwäche. Relativ bald haben sich daran Störungen im Pfortaderkreislauf und Aszites angeschlossen, was die Kranken bewogen hat, das Spital aufzusuchen. Bei der Untersuchung ist in erster Linie das kachektische Aussehen und die Entkräftigung der Patienten aufgefallen. Der Befund, welcher an der Leber erhoben wurde, konnte zu allererst zur sicheren Diagnosestellung ausreichende Stützpunkte, für sich allein genommen nicht geben. In den Erwägungskreis mußten neben Lebersyphilis noch Leberkarzinom bzw. Sarkom, Leberzirrhose und Tuberkulose des Peritoneums gezogen werden. Zum wichtigen diagnostischen Wegweiser wurde der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion. Als weitere Gründe, welche für die Diagnose der Lebersyphilis entschieden haben, sind zu nennen: namhafte Schmerzhaftigkeit der Leber, die unebene, höckerige Oberfläche derselben, das Fehlen jeglichen Ikterus, dabei namhafter Aszites bei kaum angedeuteter alimentärer Galaktosurie im ersten, bei ganz fehlender im zweiten Falle. Die anatomische Untersuchung hat diese Auffassung vollauf bestätigt. Sie hat gezeigt, daß es sich in beiden Fällen um einen ausgebreiteten gummösen Prozeß gehandelt hat, aus dem sekundär Leberzirrhose entstanden ist. Die Ausdehnung dieses Prozesses macht es begreiflich, warum die sonst energisch wirkende Salvarsantherapie in diesen Fällen erfolglos geblieben ist. Es läßt sich daraus in weiterer Folge

Digitized by Google

ableiten, daß bei Kranken, welche in einem späten Stadium der gummösen Hepatitis zur Behandlung kommen, in prognostischer Beziehung die größte Vorsicht geboten erscheint. Man muß da nicht nur auf einen ungünstigen Ausgang, sondern sogar auf einen sehr schnellen Verlauf der Krankheit gefaßt sein.

Eine weitere Form der Viszeralsyphilis innerhalb des Verdauungsapparates, die auf der Abteilung beobachtet werden konnte, haben **Gastritiden** abgegeben. Freilich sind wir nicht in der Lage, die luetische Pathogenese dieser Erkrankungen an der Hand anatomischer Untersuchungen nachzuweisen. Der ganze Verlauf ist aber in sämtlichen Beobachtungen darnach gewesen, um die luetische Herkunft der Krankheit zum wenigsten sehr wahrscheinlich zu machen. Es hat drei solcher Fälle gegeben. Einer derselben erscheint uns einer kurzen Schilderung wert zu sein.

Katarine D., 55 Jahre alt, Eisenbahnerswitwe aus Sarajevo, hat sich zur Aufnahme am 26. X. 1914 gemeldet. Ihre Angaben haben gelautet: Seit drei Monaten Appetitmangel, Druckgefühl in der Magengegend nach dem Essen. Dabei Kopfschmerzen, Schwindel, Schwächegefühl. Seit $1^1/_2$ Monaten direkter Widerwillen zum Essen, Aufstoßen, zeitweise Erbrechen. Stuhl zumeist angehalten. Im 17. Lebensjahre Rippenfellentzündung. In der Ehe zwölfmal schwanger gewesen, zehn Geburten, zuletzt zwei Aborte. Seit drei Jahren keine Menstruation mehr. Über Lues weiß die Kranke nichts zu berichten.

Befund: Guter Körperbau, gut erhaltenes Fettpolster. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute blaß. An mehreren Stellen kleine, mäßig harte Lymphdrüsen. Brustorgane ohne erwähnenswerte Veränderungen. Bauchdecken schlaff, reichliches Fettlager. Diastase der Rekti. Magengegend in toto beim Beklopfen schmerzhaft. Nach Probefrühstück mit Blut und Schleim vermengter Speisebrei. Im Stuhl konnte wiederholentlich bei hämoglobinfreier Kost mit Benzidin und Guajak Blut nachgewiesen werden. Harn ohne abnorme Bestandteile. Blutbefund: Z. d. E. 2940000, Z d. L. 3500, Hämoglobin 45%. In gefärbten Präparaten Aniso- und Poikylozytose, mehrere metachromatisch gefärbte Erythrozyten, einzelne Normoblasten. Leukozytenformel: Neutr. L. 18%, Lymphoz. 76%, Gr. Mon. L. und Übergangsformen 2%, Eosinoph. L. 3%, Türcksche Rf. 1%. Wassermannsche Reaktion positiv. Therapie: Neosalvarsan intravenös 5. XI. und 13. XI. je 0,3, 21. XI. und 3. XII. je 0,45. Zu allererst konnte kein Erfolg verzeichnet werden. Der Magen schien sogar eher ungünstig auf die Behandlung zu reagieren. Noch in der zweiten Hälfte des November hat die Kranke über Magenschmerzen geklagt. Im Mageninhalt und im Stuhl fand sich Blut vor. Erst Anfang Dezember haben die Magenbeschwerden entschieden nachgelassen, die Schmerzen sind dann ganz verschwunden. Es hat sich guter Appetit eingestellt und die Kranke konnte die gewöhnliche Spitalskost gut vertragen. Ihr Aussehen hat sich sehr vorteilhaft verändert. Blutuntersuchung vom 14. XII. hat ergeben: Z. d. E. 3720000, Z. d. L. 5200, Hämogl. 68%. Leukozytenformel: Neutr. L. 36%, Lymph. 52%, Übergangsformen und große Monon. 10%, Eosin. L. 2%. Die Entlassung erfolgte am 15. XII. 1914.

Bei dem Hergange der Krankheit mußte als sehr naheliegend erscheinen, die Gastritis als durch Luesnoxe bedingte Schädigung der Magenschleimhaut aufzufassen. Gastralgische Schmerzattacken, schleim- und bluthaltiger Mageninhalt, bluthaltige Stühle, namhafte Blässe und Schwäche der Kranken, abnormale Zusammensetzung des Blutes ließen voraussetzen, daß diese Schädigung eine ausgebreitete gewesen ist und allem Anschein nach in Ausbildung von Gummositäten bestanden hat.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Pseudo-Scharlach, von BERNH. FRANKEL-New York. (New York m. J., 21. Okt. 1916.) FRANKEL hat bei Kindern, speziell zur Zeit von herrschender Influenza, zahlreiche Fälle beobachtet, welche dem Scharlach zwar ähnlich sind, aber doch wesentlich von ihm abweichen und ätiologisch mit Influenza in naher Beziehung zu stehen scheinen. Der Beginn ist, wie beim wirklichen Scharlach, ein plötzlicher, mit Temperaturerhöhung und einem scharlachähnlichen Ausschlag, aber weniger ausgeprägt (blässer) und von feinerer Abschuppung gefolgt. Bezüglich der Komplikationen bestehen bei beiden Arten große Unterschiede: bei Pseudo-Scharlach niemals akute Nephritis, aber häufiger wie bei der wirklichen Form Hals-, Ohrenkomplikationen, ferner von seiten der Atmungs- und Verdauungsorgane, und fast regelmäßig besteht Schwellung der Halsdrüsen. Die Erkrankung der Atemwege beginnt meist mit akuter Rhinitis und geht in den leichteren Fällen in akute Bronchitis, in den schwereren Fällen in mehr oder weniger hochgradige Bronchopneumonie über. Die Prognose ist in leichten Fällen eine sehr gute, aber in den schwereren recht zweifelhaft, die Rekonvaleszenz eine langsame, von ernsten Rückfällen begleitet und langwieriger Störung des Allgemeinbefindens gefolgt. Eine besonders häufige Komplikation ist septische Angina, und FRANKEL ist überzeugt, daß viele Fälle dieser Art, die von ganz erfahrenen Diagnostikern für Scharlach erklärt wurden, als Pseudo-Scharlach anzusehen sind, eingehende bakteriologische Untersuchungen dürften Unterschiede zwischen diesen beiden Affektionen noch mehr erhärten.

M. Stern-München.

Zur Behandlung des Scharlachs, von STRÖLL. (Allg. m. Zztg., 1916, Nr. 50.) Gleich bei Beginn der Krankheit ist folgende Inhalation tagsüber zweistündlich nötig: Rp. Thymol 0.5, Alcoh. absol. 5,0, Aq. dest. tepid. ad 500,0, S. z. Inhalieren. Diese Inhalationen müssen bis zur Apyrexie fortgesetzt werden. Hierdurch werden die Bakterien im Munde und Rachen vernichtet. Um aber auch die Wirkung der Scharlachtoxien zu zerstören und eine Nephritis zu verhindern, ist von Beginn an die folgende Arznei zu geben: Rp. Natrii benzoici, Tct. Myrrhae aa 5,0, Aq. dest. 100,0, Syr. cort. Aurantii 20,0. Diese Arznei muß bis zur Fieberlosigkeit zweistündlich gegeben werden, bei Kindern ein Kinderlöffel, bei Erwachsenen ein Eßlöffel. Verfasser hat diese Behandlung an fünf Fällen erprobt.

E. Brinitzer-Altona.

Über Serumtherapie bei Scharlach, von CHARLOTTE KRAUSE-Leipzig. (Arch. f. Kindhlk., 1916, Bd. 66, H. 1/2.) Es wurden 28 Fälle mit Scharlachrekonvaleszentenserum intravenös behandelt. Es starben vier Fälle. Es handelt sich um fünf Fälle von Scarlatina gravissima, elf Fälle von Scarlatina gravis und zwölf Fälle mit hohem Fieber. Es wurde 24 mal, d. h. in 85% der Fälle kritischer Fieberabfall erzielt. In 25% traten Nebenwirkungen auf, die in Kollaps und Schüttelfrost bestanden. Die Serumtherapie muß in den ersten drei Tagen erfolgen. Serum von schon vorher behandelten Patienten ist streng zu vermeiden. Die Beobachtungen zeigen, daß die Serumtherapie nicht den gewünschten Erfolg gebracht hat.

W. Chrzelitzer-Posen.

Über die Behandlung des Scharlachs mit Rekonvaleszenten- und Normalmenschenserum, von HANS REHDER-Kiel. (D. Arch. f. klin. M., 1916, Bd. 120, H. 2/3.) Die Rekonvaleszententherapie bei frischem Scharlach mit großen Dosen hat sich glänzend bewährt. Sie ist nicht nur imstande mittelschwere, ja sogar schwere Fälle geradezu zu kupieren, sondern sie beseitigt auch bei den ganz toxischen Fällen die bedrohlichsten Zustände von Herz- und Gefäßlähmung sowie schwere Intoxikationszustände des Zentralnervensystems. Die Wirkung macht den Eindruck einer durchaus spezifischen. Das Normalmenschenserum kommt nur in Frage, wenn kein Rekonvaleszentenserum zur Verfügung ist. Auf die Komplikation des Scharlachs hat das Serum keinen Einfluß. Eine Nephritis kann sich trotz guter Serumwirkung einige Wochen später entwickeln. Die intravenöse Infusion ist der intramuskulären oder der subkutanen Infektion vorzuziehen. Kurze Zeit nach der Infusion tritt häufig eine weitere Erhöhung der Temperatur auf, manchmal unter gleichzeitigem Schüttelfroste. Bei der Dosierung des Serums hält man sich an die Regel, pro Kilogramm Körpergewicht 2 ccm Serum zu verabfolgen. In leichteren Fällen kann weniger, in schweren Fällen mehr Serum gegeben werden.

W. Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Über Serumtherapie bei Scharlach, von R. Koch-Frankfurt a. M. und eine Erwiderung von Charlotte Krause-Berlin. (Arch. f. Kindhlk., 1917, Bd. 66, H. 3/4.) Koch rühmt die Anwendung des Rekonvaleszentenserums und seine Erfolge bei schweren Fällen von Scharlach. Es ist allerdings zu unterscheiden, ob es sich um reine Scharlachinfektion oder um rein septische Prozesse bei Scharlach handelt. Im letzteren Falle dürfte der Erfolg ausbleiben, besonders bei Erscheinungen der Allgemeinvergiftung. Krause teilt diesen Optimismus nicht. Ihre Erfahrungen bestätigen die Ansicht anderer Verfasser, daß durch das Serum die toxische Komponente ausgeschaltet wurde, während die septische unbeeinflußt fortbestand, die Behandlung des schweren Scharlachs aussichtslos ist. W. Chrzelitzer-Posen.

Scharlach und Masern vergesellschaftet, von D. J. Milton Miller-Atlantic City. (M. Record, 9. September 1916.) Die Diagnose ist bei gleichzeitigem Vorhandensein von Masern und Scharlach sehr schwer. Der Fall, den M. erwähnt, zeigte anfangs die gewöhnlichen Masernsymptome. Am zehnten Tage wurde aber eine charakteristische Abschuppung beobachtet, welche von einer Otitis media gefolgt war. Drei Geschwister des Patienten bekamen Masern, aber kein Scharlach. A. Gunsett-Straßburg.

Röteln oder deutsche Masern (eine Studie), von Edward Grey-Berkeley. (New York m. J., 15. Juli 1916.) Verfasser hatte Gelegenheit, seit Juni 1908 283 Fälle dieses von ihm mit Rubella (Röteln) bezeichneten akuten Exanthems zu beobachten, und es besteht kein Zweifel für ihn, daß nach der Art der Inkubation, Verlauf, Exazerbation und Abheilung es sich hierbei um eine Infektionskrankheit handelt, wenn auch der spezifische Erreger noch nicht entdeckt ist. Zwar meist eine Krankheit des Kindesalters, befallen die Röteln auch Erwachsene, und Grey sah bei solchen 40 Fälle im Alter von 20—50 Jahren, deren Krankheitsgeschichten ihm bezüglich der Verschiedenheit der Symptome besonders wichtig erscheinen. Die Inkubationszeit beträgt im Durchschnitt 12—14, kann aber zwischen 8 und 20 Tage variieren. Die Hauptsymptome sind ein charakteristisches makulo-papulöses Exanthem, Schwellung und Induration verschiedener Lymphdrüsen, speziell der postzervikalen und inguinalen, Mandelschwellung und zuweilen Pharyngitis, Fieber gewöhnlich nicht über 39° hinausgehend und schließlich Abschuppung. Letztere ist charakteristisch fein, kleienartig oder in größeren Schuppen, ein bis drei Wochen währende Komplikationen sind nicht sehr häufig und bestehen in Erkrankungen der Atemwege (zuweilen Pleuritis), des Magen-Darmkanals, der Nieren (Nephritis). Bezüglich der Behandlung ist Bettruhe durchaus geboten, eine besondere Therapie erheischen eigentlich nur eventuelle Komplikationen. M. Stern-München.

Beobachtungen über Masern, von Charles Herrmann-New York. (M. Record, 9. September 1916.) Der Verfasser betont, daß die den Masern zugeschriebenen Todesfälle ein ungenaues Bild der tatsächlich den Masern zum Opfer fallenden Kinderzahl geben. Eine große Anzahl derselben erliegt einer komplizierenden Bronchopneumonie, besonders wenn es sich um Kinder zwischen ein und zwei Jahren handelt. In einer Serie von 300 Fällen, die der Verfasser beobachtete, erschien das Fieber in 56% am 10. oder 11. Tage nach der Injektion, die katarrhalischen Manifestationen in 60% der Fälle am 11. oder 12. Tage, die tonsillären Flecken vom 9. bis zum 13. Tage, die Koplikschen Flecken in 56% am 11. oder 12. Tage, der Ausschlag am 12. oder 14. Tage in 67%. In 7,2% der Fälle war der Katarrh am 10. Tage, die Koplikschen Flecken in 12,8 und die Tonsillenflecken in 34%. In 4% der Fälle waren die Tonsillarflecken früher als am 7. Tage, und in einigen waren sie sogar bei Patienten vorhanden, die keine Koplikschen Flecken aufwiesen. Kinder unter 2 Monaten waren absolut immun. Bis zum 8. Monat verschwand die Immunität allmählich ganz. Bei Kindern zwischen 5 und 8 Monaten verlief die Krankheit gewöhnlich milder. Dies zeigte sich auch in der Tatsache, daß nur 41% derselben an Gewicht verloren, während von den Kindern zwischen 8 Monaten und 2 Jahren 76% einen Gewichtsverlust aufwiesen. Die Immunität war wahrscheinlich auf dem plazentaren Wege auf die Kinder übergegangen, und nur diejenigen Kinder, deren Mütter die Krankheit hatten, schienen immun zu werden. Kinder zwischen 3 und 5 Monaten, welche in intimen Kontakt mit Masern gekommen waren und sie nicht bekamen, steckten sich oft auch im späteren Leben nicht an. A. Gunsett-Straßburg.

Die Mittelohrerkrankungen bei Masern und Scharlach, von F. Göppert-Göttingen. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1917, Nr. 5.) Göppert fordert, daß jeder Arzt so weit otologisch vorgebildet ist, daß er beginnende Ohrerkrankungen erkennen kann. In jedem Scharlach- und Masernfall ist genaue Beobachtung des Ohrbefundes erforderlich, auch wenn keine diesbezüglichen Klagen geäußert werden. Nur so können schwere Folge-

Digitized by Google

erscheinungen verhindert und dem kranken Kinde viele unnötige Schmerzen erspart werden. Während die Masern im allgemeinen leichte Mittelohrkatarrhe hervorrufen und durch die Resistenzverminderung der Schleimhäute die Entstehung chronischen Ohrenflusses begünstigen, schafft Scharlach von Anfang an schwere, besonders geartete Veränderungen im Mittelohr. Verlauf und Therapie werden eingehend geschildert. Der erste Teil der Therapie ist für den Praktiker die richtige Diagnose, die es ihm ermöglicht, dem Ohrenarzt Gelegenheit zu geben, rechtzeitig mit seiner Therapie einzusetzen.

A. Witte-Bremen.

Über Erythema infectiosum, von Kurt Ochsenius-Chemnitz. (M. m. W., 1917, Nr. 26.) Ochsenius teilt die Krankengeschichten von zwölf selbst beobachteten Fällen mit. Klinik und Differentialdiagnose werden kurz besprochen. A. Witte-Bremen.

Über Komplementbindung bei Varizellen, von Dold. (D. m. W., 1916, Nr. 46.) Bei einer kleinen Varizellenepidemie in Schanghai stellte D. Untersuchungen an, ob im Blute Varizellenkranker komplementbindende Antikörper vorhanden sind. Als Antigen benutzte D. die eingetrockneten Krusten eines einwandfreien Falles. Von den 20 Sera, die 12—20 Tage nach Ausbruch der ersten Erscheinungen untersucht wurden, gaben neun eine positive Komplementbindungsreaktion. Dieselben 20 Sera reagierten negativ bei einer Kochsalzaufschwemmung von Variolakrusten als Antigen, mit Ausnahme eines einzigen Falles, der vor zwei Jahren echte Pocken durchgemacht hatte. Demnach besteht nach D. keine Zusammengehörigkeit zwischen Variola und Varizellen.

E. Brinitzer-Altona.

Ein Fall von malignen hämorrhagischen Varizellen, von C. May-Worms. (Arch. f. Kindhlk., 1916, Bd. 66, H. 1/2.) Der Verfasser beobachtete folgenden Fall bei einem schwächlichen Säugling, dessen Schwester einen normalen Varizellaanfall gut überstanden hatte: Die gesamte Haut, auch des behaarten Schädels, sowie vereinzelt die Mundschleimhaut war bedeckt von äußerst zahlreichen, meist eingetrockneten, zum Teil konfluierenden rötlichen Bläschen von Stecknadelkopf- bis Erbsengröße. Die Gesäßgegend bis herab zu den Oberschenkeln zeigte eine dunkelblaurote Verfärbung und war bis tief ins Unterhautzellgewebe hinein derb infiltriert. Das Kind starb. Diese Varizellenform bildet in jeder Beziehung ein Analogon zur hämorrhagischen Form der Variola, der Masern und des Scharlachs. Unter Berücksichtigung der Möglichkeit des Auftretens schwerer Komplikationen wird bei der Prognosestellung der Varizella eine gewisse Vorsicht am Platze sein, um von unvorhergesehenen Zwischenfällen nicht überrascht zu werden. Auch bei der Behandlung wird man darauf zu achten haben, daß, solange Fieber besteht und neue Bläschen auftreten, Bettruhe eingehalten und das Verlassen des Zimmers erst gestattet wird, nachdem die Effloreszenzen eingetrocknet sind und die Nieren normalen Befund ergeben. W. Chrzelitzer-Posen.

Eine kleine Pockenepidemie, von Petzholdt-Pirna. (Zschr. f. Mbeamte, 1917, Nr. 12.) Verfasser hat als Bezirksarzt eine sich auf acht Ortschaften verteilende Epidemie von 25 Fällen beobachtet, sechs davon verliefen tödlich, drei mittelschwer, 16 leicht. Von den Gestorbenen waren vier Personen über 40 Jahre alt und seit ihrer Kindheit nicht wieder geimpft, zwei überhaupt noch nicht geimpfte und ärztlich nicht behandelte Kinder. Verfasser legt der Beobachtung Gewicht bei, daß bei der Impfung sich mehrfach auch dann typische Impfpocken entwickelten, wenn nachträglich eine zweifelsfreie Variolois auftrat, und pflichtet auf Grund der bei dieser Epidemie gemachten Erfahrung der Ansicht bei, daß eine Wiederimpfung der Erwachsenen um das 40. Jahr wünschenswert und geeignet erscheint, die Mehrzahl der Pockenfälle bei älteren Erwachsenen zu vermeiden. E. Klemm-Leipzig.

Über epidemiologische Beobachtungen über Pocken, von Jürgens. (B. kl. W., 1917, Nr. 14.) Verfasser hatte Gelegenheit, eine Epidemie unter deutschen Rückwanderern aus Wolhynien zu beobachten, bei der es sich im großen und ganzen um Variolois mit zahlreichen sehr leichten Erkrankungen und leichtem Verlauf (Mortalität 7%) handelte. Die Wolhynier waren in der Kindheit gut durchgeimpft, nach zehn Jahren aber nicht wieder geimpft, vor kurzem aber 1—2mal schutzgeimpft. Für den Nutzen der Impfung im allgemeinen führt Verfasser einige Belege an. Die Krankheit trat in zwei unverkennbar verschiedenen Formen auf, einer milden und einer strengen, bei der in einzelnen Fällen das Exanthem das ganze Gesicht und den ganzen Körper bedeckte und die Allgemeinstörungen schwerster Art waren. Die Ansteckungsfähigkeit der Pocken in dieser Epidemie war nicht sehr groß, es handelte sich fast nur um Familieninfektionen, und zwar betrafen die Neuansteckungen fast immer die kleinen Kinder. Die einwandfreie Pockendiagnose sicherte Verfasser bei einigen leichtesten

Digitized by Google

Erkrankungen auch experimentell durch die Impfung der Kaninchenkornea, in anderen durch die Variolation. Im Anschluß an seine Beobachtungen erörtert Verfasser die drei Fragen: 1. Wird durch die Schutzimpfung die Variola in eine neue Krankheitsform umgewandelt? 2. Werden Geimpfte von der Variolois ohne Rücksicht auf die Dauer des Impfschutzes befallen? 3. Wie ist die Pockenimmunität zu erklären?, deren erste ohne weiteres in positivem Sinne zu beantworten ist, die zweite dahin, daß es eine Immunität in dem Sinne, daß die Vakzination vor jeder Variolaerkrankung schützt, nicht gibt, vielmehr die Wirkung der Impfung darin besteht, daß die Variola nach der Impfung wahrscheinlich unter veränderten Infektionsmöglichkeiten in einer unverkennbar milderen Form auftritt. Die Immunität ist noch unaufgeklärt, sie besteht nicht in einer Unempfänglichkeit für die zellulären Parasiten, sondern in der Fähigkeit, ihn ohne krankhafte Veränderung seiner Lebenstätigkeit zu überwinden.

E. Klemm-Leipzig.

Über einen Fall von variolaähnlichem, pustulösem, septischem Exanthem, von Fasching. (W. kl. W., 1917, Nr. 44.) Der Fall unterschied sich besonders dadurch von einer Variola, weil es nicht zu einem eigentlichen Suppurationsstadium kam.

H. Vörner-Leipzig.

Über Pockenerkrankung mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose, von Ulrich Friedemann. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1917, Nr. 17.) Verfasser beschränkt sich bei seinem Bericht über die im Virchow-Krankenhaus beobachteten Pockenfälle auf drei Punkte: Entstehungsgeschichte der Pockenepidemie, Erfahrungen bezüglich des Impfschutzes und die Frage der Diagnose der Pockenerkrankung. Die Epidemie ging aus von nach Ostpreußen transportierten wolhynischen Ansiedlern, die als Arbeiter über einen größeren Teil Preußens verteilt wurden, die Berliner Epidemie vom Asyl für Obdachlose. Zur Beobachtung kamen 108 Erkrankungen, unter denen 13 starben. Für das Vorhandensein eines Impfschutzes spricht die Feststellung, daß bei den Ungeimpften 100% Variola, kein Fall von Variolois, bei den Personen über 40 Jahren etwa die gleiche Zahl Variola und Variolois und bei denen unter 40 Jahren 100% Variolois und kein einziger Fall von Variola auftrat. Aus der Tatsache, daß der Impfschutz sieben Tage nach der Impfung eintritt, die Inkubationszeit der Pocken aber 13—14 Tage beträgt, darf man nicht schließen, daß die Pocken nach der Impfung nicht ausbrechen können. Nicht einmal einen milden Verlauf kann man dann garantieren. Verfasser schildert dann kurz den bekannten Krankheitsverlauf der Variola. Nach einer fast immer genau feststellbaren Inkubationszeit von 13 Tagen und einem Initialstadium von drei Tagen kommt es zum Ausbruch des Exanthems, zunächst im Gesicht und an den Armen, allmählich sich über Rücken und ganzen Rumpf ausbreitend. Das Exanthem ist zunächst makulös und Masern sehr ähnlich, verwandelt sich im Laufe des ersten Tages allmählich in ein papulöses Exanthem, dann kommt es zur Bildung von Pusteln, die während der ersten 5 Tage des exanthematischen Stadiums reifen. Mit dem Ausbruch des Exanthems fällt das Fieber sofort ab und beginnt erst wieder mit der Vereiterung der Pocken. Verfasser hält es für wichtig, sich bei der Differentialdiagnose an die Beschaffenheit der einzelnen Effloreszenz zu halten, die bei der Pockenpustel derb ist und auf stark infiltriertem Grunde sitzt, während es sich bei Varizellen um dünnwandige, einkammrige Bläschen handelt. Eigentliche diagnostische Schwierigkeiten entstehen bei der Variolois, deren Ablauf ein überstürzter und abgekürzter ist und bei der die einzelnen Stadien nicht scharf voneinander abgegrenzt sind, sondern ineinander übergehen, das Exanthem außerordentlich schwach entwickelt sein kann, vielleicht am ganzen Körper 3—4 Pustelchen, diese auch von atypischem Aussehen, etwa wie bei Akne oder Follikulitis.

E. Klemm-Leipzig.

Verschiedenes.

Dr. Oskar Troplowitz, der verdienstvolle Mitbegründer der Fabrik dermatotherapeutischer Präparate P. Beiersdorf & Co. in Hamburg, ist gestorben. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tabnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

20. Juli 1918 | Nr. 29 | Band 67

Aus der dermatologischen Abteilung des R. Virchowkrankenhauses in Berlin (Dirig. Arzt: Prof. Dr. A. Buschke).

Über mehrfache Querfurchenbildung der Nägel nach Tuberkulininjektionen und bei Malaria.

Von

Dr. W. Fischer, Assistenzarzt.

(Mit 1 Abbildung.)

In seiner Monographie über die Krankheiten der Nägel widmet Heller einem merkwürdigen Phänomen eine längere Besprechung, welches sich gelegentlich nach allgemeinen Ernährungsstörungen in Gestalt von quer über die Nägel verlaufenden, mehr oder weniger tiefen Furchen findet. Aus der Zusammenstellung der damals, bis zum Jahre 1900, darüber vorliegenden Literatur und auf Grund eigener Beobachtungen kommt er zu dem Schluß, daß diese Bildungen nach den verschiedensten akuten fieberhaften Krankheiten, in denen es sich in der Regel um relativ kurze, aber dabei intensive Schädigungen des Gesamtorganismus handelt, auftreten können. Auch bei geistigen Überanstrengungen und bei Geisteskrankheiten, hier besonders nach akuten Exazerbationen, ferner nach Geburten kommen sie vor. Ebenso tritt, wie Heller erwähnt, bei Kühen stets nach der Geburt eines Kalbes ein Ring an der Wurzel beider Hörner auf und — übertragen auf die menschliche Pathologie — finden sich bei Frauen nach schweren Geburten Querfurchen an den Nägeln. Unter den gleichen Bedingungen sind auch weiße Streifen[1]) und Querwülste beobachtet worden. Die eigentliche Ursache, bzw. die lokalen Vorgänge, welche zu diesen Bildungen führen, sind bisher nicht bekannt, genaue histologische Untersuchungen fehlen noch. Unna hat sich in seiner Histopathologie der Haut mit dieser Frage beschäftigt und zieht vasomotorische (mechanische Folgen der Saftfülle in den der Matrix anliegenden Geweben) und trophische (Ausfall an mitotischer Neubildung von Nagelzellen) Vorgänge zur Erklärung heran.

Auch die spärlichen Mitteilungen aus den letzten Jahren berücksichtigen nur die klinischen Momente. So berichtete 1904 Feer über Nagelveränderungen nach Scharlach und Masern. Die Arbeit ist insofern

[1]) Ganz anderer Natur sind die strichförmigen Leukonychien, die man häufig, namentlich bei Frauen sieht, seitdem das Maniküren Mode geworden ist. Nicht selten findet man bei solchen Personen an sämtlichen Fingernägeln mehrere, im Abstand von etwa 1 mm hintereinander verlaufende, ganz oder teilweise den Nagel überquerende, milchfarbene Striche. Sie rühren von einer lokalen, mechanischen Druckschädigung der Nagelmatrix bei schlechter Technik der Nagelpflege her.

Digitized by Google

von Bedeutung, als in ihr auf das außerordentlich häufige Vorkommen der Querstreifung der Nägel bei Skarlatina, deren gelegentliches Auftreten schon bekannt war, hingewiesen wird; Feer erklärt sie geradezu als typisch für diese Infektionskrankheit und fast für pathognomonisch für die retrograde Diagnose. 4—5 Wochen nach Beginn der Erkrankung, zur Zeit, wo die Abschuppung beinahe vollendet ist, zeigt sich an der Wurzel der Fingernägel auf der Nageloberfläche eine querverlaufende lineäre Furche, seltener ein entsprechender schmaler Wall. Diese „Scharlachlinie" schiebt sich bei weiterem Wachstum allmählich nach vorn, ist in zwei Monaten deutlich zu sehen und wandert in etwa $^1/_2$ Jahr bis zum freien Rand vor. Am deutlichsten sind die Veränderungen am Daumen; auch die Fußnägel, speziell die großen Zehen werden befallen. Die Linie ist um so deutlicher, je kräftiger und stärker der Nagel ist, sie wird daher bei Erwachsenen und bei Kindern von über zehn Jahren selten vermißt. Feer sieht in diesem Phänomen ein Analogon zur Hautschuppung, und zwar eine entsprechende Störung der epithelialen Keimschicht der Nagelwurzel. Unklar bleibt, warum die Zone sich bald als scharf begrenzte = lineäre Rinne, bald, wenn auch seltener, als Prominenz = lineärer Wall gegen das Niveau des Nagels abhebt. Im Bereiche der Linien kommt es manchmal zu leichten Arrosionen der Nagelsubstanz. Ähnliche Veränderungen, aber bei weitem nicht so häufig und in viel schwächerer Ausbildung, sah Feer nach Masern.

1905 beschreibt Eger nach Abdominaltyphus ein weißes Querband der Nägel, dem eine sehr flache, kaum angedeutete Furche vorgelagert war, ferner eine Wallbildung der Nägel nach einer toxischen Gastroenteritis. Sie trat 6—8 Wochen später auf; von einem Nagelfalz zum anderen erhob sich eine Leiste mit nach vorn gerichteter Konvexität, die in der Mitte der Nagelplatte am höchsten erschien. Vor derselben verlief eine tiefe Furche, weiter nach vorn zeigten die Nägel längsparallele Riefungen und waren brüchig und leicht empfindlich. Am stärksten waren die Veränderungen wieder am Daumen und Zeigefinger. Nach Eger handelt es sich um Ernährungsstörungen, die bei allen möglichen Infektionskrankheiten entstehen können und meist mit einem Absterben der Nagelsubstanz einhergehen. In milderen Graden schiebt sich die abgestorbene Substanz ohne Niveauunterschied als weiße Zone langsam nach vorn, bei intensiverer Erkrankung scheidet sich die abgelöste Partie durch eine Furche von dem von hinten vordringenden jungen Nagel. Der hohe Wall ist wohl durch die reaktive Zellwucherung im Nagelbett zu erklären, welche berufen ist, den abgestoßenen Nagel zu eliminieren.

Eine weitere, biologisch sehr interessante Beobachtung stammt von Schick aus dem Jahre 1907; es scheint, als ob sie nicht sehr bekannt geworden ist. Er beschreibt bei Neugeborenen eine in der 4.—5. Woche nach der Geburt sichtbar werdende wallartige Linie, die vorrückend deutlicher wird und, bogenförmig mit dem konvexen Rand gegen das freie Ende des Nagels gerichtet, quer über den Nagel verläuft. Am 60. Tage ist die Mitte des Nagels erreicht, am 90. der vordere Rand. Sie findet sich an Fingern und Zehen. Schick weist auf die forensische Bedeutung dieser „physiologischen Nagellinie" hin und erklärt sie als den Ausdruck einer Schädigung des Organismus durch den Übergang

Digitized by Google

vom intra- zum extrauterinen Leben, analog der anfänglichen Gewichtsabnahme und der Desquamation der Haut des Neugeborenen.

Schließlich sei eine Arbeit von Jordan registriert über Querfurchenbildung der Nägel nach Arthritis gonorrhoica der rechten Hand, die insofern Ähnlichkeit mit einer früheren von Heller referierten Beobachtung Wagstaffes und Zeisslers hat, als sie nur die Nägel der erkrankten Extremität betraf. Alle Nägel derselben zeigten in gleichmäßiger Weise etwa 1 cm vor dem hinteren Nagelwall eine deutlich ausgeprägte, quer über den ganzen Nagel verlaufende Furche, welche durch eine braune, nach vorn und hinten ein wenig über die Furche übergreifende Pigmentierung auffiel. Daneben bestand eine an der linken Hand fehlende zarte Längsriefelung. Für die Pigmentierung gibt Jordan keine Erklärung; ich wage nicht zu entscheiden, ob es sich vielleicht dabei um in den Vertiefungen angesammelte und leicht haftende Staub- und Schmutzpartikelchen gehandelt hat.

Ich selbst hatte in den letzten Jahren an dem großen Krankenmaterial unseres Hospitals mehrfach Gelegenheit, diese Wachstumsstörungen der Nägel zu sehen. Speziell nach Scharlach finden sie sich in der Tat außerordentlich häufig, auch nach Pneumonien, akutem Gelenkrheumatismus und schweren Nebenhodenentzündungen treten sie gelegentlich auf. Immer waren es Erkrankungen, die mit plötzlichem hohem Fieber, das oft nur kurze Zeit anzuhalten brauchte, einhergingen. Bei schweren Phthisen sah ich mehrmals strichförmige Leukonychien an einzelnen Fingern. Es erübrigt sich aber, näher auf diese Fälle einzugehen, da sie weder klinisch noch ätiologisch neue Gesichtspunkte darboten. Nur zwei Beobachtungen möchte ich hier etwas genauer besprechen, weil bei ihnen die Querfurchenbildung erstens infolge bisher in diesem Zusammenhang noch nicht erwähnter Krankheiten auftrat und zweitens es sich zeigte, daß periodisch wiederkehrende Störungen bei demselben Individuum immer wieder zu erneuter Ausbildung derselben Veranlassung geben kann. Allein bei Heller findet sich die Angabe über eine dreifache Querfurchenbildung der Nägel nach einer dreimaligen Epididymitis, sonst ist meines Wissens in der Literatur kein derartiger Fall bekannt.

Wenn man von dem Gedanken ausgeht, daß meist akute, rasch einsetzende Schädigungen des Organismus zu diesen Schädigungen im Nagelwachstum führen, so lag es nahe, solche Erkrankungen daraufhin zu kontrollieren, die mit plötzlichen hohen Fiebersteigerungen einhergehen. Ich sah deshalb das in unserem Krankenhaus eine Zeitlang recht reichliche Malariamaterial daraufhin durch und fand meine Vermutung auch bestätigt. Da diese Erkrankten stets schon längere Zeit an ihrer Malaria litten, war es leicht möglich, das ja erst nach einigen Wochen sichtbar werdende Symptom festzustellen. In der Tat fand sich unter 24 Fällen dreimal eine deutliche Querfurchenbildung mehrerer Nägel und fünfmal eine solche, die sich auf die Daumen beschränkte, wo sie überhaupt immer am ausgeprägtesten vorhanden war. In zwei Fällen ließ sich ihr mehrfaches Vorhandensein hintereinander feststellen, und man konnte auch aus ihrer Entfernung vom Nagelfalz annähernd die Zeit schwerer Anfälle berechnen. Es machte den Eindruck, daß je nach der

Digitized by Google

Schwere der letzteren nur leichte Einsenkungen oder bis zu 1 mm breite, tiefe, rauhe Furchen zur Ausbildung kamen. Anscheinend hatten die ersten Fieberattacken in der Regel die gröbsten Veränderungen hervorgerufen, jedenfalls waren die distal gelegenen Furchen fast immer am deutlichsten ausgeprägt. Ob dies mit der eingeleiteten Chininbehandlung oder mit einer Gewöhnung des Organismus an die betreffende Schädigung zusammenhängt, erscheint fraglich, immerhin ist mir die letztere Annahme wahrscheinlicher, da bei einer weiter unten besprochenen ähnlichen Beobachtung eine therapeutische Beeinflussung nicht vorlag.

Mehrfache Querfurchenbildung der Nägel nach Tuberkulininjektionen bei einem Phthisiker.

Sie betraf einen Phthisiker, der wegen einer Gonorrhoe Ende März des Jahres auf unsere Abteilung kam. Er gab an, November bis Januar wegen seines Lungenleidens in einem Krankenhaus mehrmals Tuberkulininjektionen erhalten zu haben, wobei er Fieber bis 39° gehabt haben will. Er zeigte an sämtlichen Fingernägeln beider Hände eine angeblich im Januar zuerst bemerkte strichförmige Furche, die durch ihre dunkelbraune Färbung besonders auffällig war. Der alte Teil der Nägel überragte etwas den neuen, die „Pigmentierung" war allem Anschein nach durch Imbibition der rauhen Nagelsubstanz mit Staub- und Schmutzteilchen bedingt. Hinter ihr bestanden — besonders deutlich an der rechten Hand — zwei weitere, weichere Furchen, von denen nur die letzte am Zeigefinger zu einer Arrosion der Nageloberfläche geführt hatte (siehe Abbildung). Die Nägel der Füße zeigten keinen eindeutigen Befund. An einem Fingernagel gemessen waren die Furchen 6,5—4,8 und 2,8 mm vom Nagelfalz entfernt. Würde man unter Annahme eines normalen Nagelwachstums retrograd den Zeitpunkt der auslösenden Schädigung

Digitized by Google

berechnen, so müßte diese im Laufe des Januar und später erfolgt sein. In der Tat war aber die Tuberkulinbehandlung des Patienten bereits Ende November begonnen und bis Anfang Januar fortgesetzt worden. Nun wird von verschiedenen Autoren ein zeitweiliger Stillstand oder eine ziemlich starke Verlangsamung des Nagelwachstums bei Allgemeinerkrankungen angenommen, auch in dem erwähnten Fall von Heller war eine solche eingetreten. Nimmt man also eine Verlangsamung um die Hälfte an, so war die erste Schädigung im November und die beiden anderen Ende Dezember und Januar erfolgt, und dies würde auch anamnestisch den Terminen der Tuberkulinbehandlung entsprechen. Nebenbei bemerkt ließen sich bei dem Patienten keinerlei sonstige Anhaltspunkte eruieren, auf welche die vorliegenden Störungen im Nagelwachstum hätten zurückgeführt werden können. Wir sind daher wohl berechtigt, in dem vorliegenden Fall ein Beispiel zu sehen, daß nach Tuberkulininjektionen im Zusammenhang mit den dabei auftretenden allgemeinen Schädigungen des Organismus, unter denen das Fieber ja nur ein klinisch erkennbares Symptom darstellt, Querfurchenbildungen der Nägel auftreten können, wie sie bereits bei den verschiedensten Erkrankungen beobachtet worden sind.

Bemerkenswert ist ferner, daß hier wie bei der Malaria die periodische Wiederkehr des Insultes unter bestimmten, vielleicht individuell verschiedenen Umständen immer wieder zu der gleichen Störung im Nagelwachstum führt. Es scheint dabei eine gewisse Gewöhnung des Körpers insofern einzutreten, als die gleiche Schädigung später quantitativ schwächer auf das Nagelgewebe wirkt.

Wenn unsere Feststellung von der gelegentlichen Entwicklung der Querfurchenbildung der Nägel nach einer Tuberkulinbehandlung im wesentlichen nur ein theoretisches Interesse hat, so ist dies bei unseren Beobachtungen bei der Malaria vielleicht anders. Man wird abwarten müssen, ob diese Nagelalteration bei unseren Fällen nur zufällig so gehäuft auftrat, oder ob auch von anderer Seite meine Befunde bestätigt werden. Die Leute, bei denen ich sie fand, waren zur Zeit ihrer Erkrankung durch körperliche Strapazen geschwächt und daher gegen Allgemeinstörungen nicht sehr widerstandsfähig. Sollte sich aber feststellen lassen, daß die Fieberattacken der Malaria nicht allzu selten auf das Nagelwachstum in so prägnanter Weise Einfluß gewinnen, dürften sie unter Umständen ein wertvolles Hilfsmittel zur retrograden Diagnose werden. Bei längerem Bestande des Leidens ist ja der klinische Verlauf der Malaria ein so mannigfaltiger und wechselnder, daß ein so bequem erkennbares Symptom zur Erleichterung der Diagnose der Beachtung wert erscheinen könnte.

Literatur.

Eger, Über Nagelveränderungen nach akuten Krankheiten. B. kl. W., 1905. — Feer, Nagelveränderungen nach Scharlach und Masern. M. m. W., 1904. — Heller, J., Die Krankheiten der Nägel. Hirschwald, Berlin 1900. — Jordan, Querfurchenbildung der Nägel nach Arthritis gonorrhoica. Derm. Zschr., Bd. 15. — Schick, Die physiologische Nagellinie des Säuglings. M. m. W., 1907, S. 1107.

Digitized by Google

Aus der internen Abteilung des bosnisch-herzegowinischen Landesspitales in Sarajevo.

Mitteilungen über Viszeralsyphilis.

Von

Prof. Dr. L. Ritt. v. Korczyński.

(Fortsetzung.)

Weitere zwei Fälle, die sich ebenfalls auf Frauen im Alter von 24 und 28 Jahren beziehen, haben weniger markante Erscheinungen dargeboten. Magenstörungen, welche bei diesen Kranken bestanden haben, haben denen einer einfachen Gastritis entsprochen. Die syphilitische Natur derselben wurde durch Mitteilungen über erfolgte Aborte und durch positiven Ausfall der Wassermannschen Serumreaktion wahrscheinlich gemacht. Auch hier konnte anämische Beschaffenheit des Blutes festgestellt werden, zu deren Erklärung anderweitige Momente nicht eruiert wurden. In beiden Fällen sind die Erfolge der Salvarsantherapie durchaus zufriedenstellend gewesen, und zwar sowohl in bezug auf die Magensymptome, wie auch auf das Allgemeinbefinden der Kranken und auf die Zusammensetzung des Blutes.

Es bleibt uns noch übrig, einer Gruppe von Krankheitsfällen zu gedenken, die zwar in das engere Gebiet der inneren Medizin nicht mehr hineingehören, aber doch in den Mitteilungen, welche das Ziel verfolgen, über hierzulande während eines begrenzten Zeitraumes beobachtete Formen der Viszerallues einen Überblick zu geben, nicht außer acht gelassen werden dürfen. Wir meinen damit die **syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems.**

Das Material, welches dabei in Frage kommt, setzt sich aus 41 Fällen zusammen, was dem gesamten Viszeralsyphilismateriale gegenüber 33,06% bedeutet. Es sind darin neben der Syphilis des Nervensystems strictosensu auch Tabes dorsalis und progressive Paralyse vertreten.

Tabelle 3.

Alter der Kranken									Männer	Frauen	Autochthone	Fremde	Röm.-kath.	Islam	Orthodoxe	Stadtbevölkerung	Landbevölkerung
20—25 Jahre	26—30 Jahre	31—35 Jahre	36—40 Jahre	41—45 Jahre	46—50 Jahre	51—55 Jahre	56—60 Jahre	?									
3	3	5	7	2	2	—	1	1	14	10	15	9	10	10	4	16	8
12,5 %	12,5 %	20,8 %	29,16 %	8,33 %	8,33 %	—	4,16 %	4,16 %	58,33 %	41,66 %	62,5 %	37,5 %	41,66 %	41,66 %	16,66 %	66,66 %	33,33 %

Auf die eigentliche Neurosyphilis entfallen 24 Fälle. Aus der Durchsicht statistischer Daten, die dem Materiale entnommen wurden (s. Tabelle 3), geht hervor, daß die meisten Erkrankungen, und zwar 18 oder 74,96%, auf das dritte und vierte Lebensdezennium entfallen. Das

Digitized by Google

fünfte Dezennium hat sich mit 16,66%, das sechste mit 4,16% an der Gesamtsumme beteiligt. Kinder und halbwüchsige Jugend hat es gar nicht gegeben. Das Überwiegen des männlichen Geschlechtes kommt auch hier, ebenso wie in Aortensyphilisfällen, ganz deutlich zum Ausdruck. Die Männer waren mit 60%, die Frauen mit 40% vertreten. Die Autochthonen haben die Fremden, die Stadtbevölkerung die Landbevölkerung überboten. Der Konfession nach stellen sich die Katholiken und Islamiten auf gleiche Stufe; die Orthodoxen stehen zahlenmäßig merklich zurück. Wird in Betracht gezogen, daß die Islamiten lediglich durch das einheimische Element vertreten sind, so ergibt sich daraus für dieselben ohne weiteres die bedeutendste Frequenz der Nervensyphilis.

Dem Berufe nach wurden verzeichnet:

Amtsdiener	1	Eisenbahnersfrau . .	1
Arbeiter	2	Gastwirte	2
Bauern	3	Handwerker . . .	2
Bauernfrauen . . .	3	Handwerkersfrauen .	2
Beamte	3	Straßenaufsehersfrau	1
Beamtenfrau . . .	1	Tagelöhner	2
Dienstmagd . . .	1	Wäscherin	1

Mitteilungen über stattgehabte Luesinfektion haben lediglich 10 Kranke = 40% gemacht, darunter nur fünf unter gleichzeitiger Angabe des Infektionstermines. Durch 2 Kranke wurden 3 Jahre, durch je einen 2, 4 und 4½ Jahre als der Zeitraum zwischen der Ansteckung und dem Manifestwerden der Nervensymptome bezeichnet. Über antiluetische Kuren haben 6 Kranke berichtet. Einen einzigen Fall ausgenommen ist die Behandlung durchaus unzureichend gewesen.

In klinisch-symptomatologischer Beziehung erscheint das Krankenmaterial trotz seiner zahlenmäßigen Bescheidenheit ziemlich wechselvoll.

Von ganz besonderem Ernst, was die Folgen der Krankheit anbetrifft, dürften die Fälle mit luetischen Veränderungen der Hirngefäße erscheinen. Auf diese Gruppe entfallen 7 Kranke. In 5 Fällen hat es sich um Folgen von Hirnblutungen in der inneren Kapsel gehandelt. Die Kranken haben im Alter von 22, 30, 32, 36 und 45 Jahren gestanden. Das klinische Bild hat die wohlbekannten Züge der Hemiplegien dargeboten. Die übrigen 2 Fälle mögen kurz skizziert werden.

1. Elisabeth L., 47 Jahre alt, Schustersfrau aus Sarajevo, hat sich zur Aufnahme am 17. II. 1914 gemeldet. Vor zwei Jahren halbseitige Parese mit Sprachstörungen, die sich allmählich zurückgebildet hat. Vor drei Monaten Parese des rechten Armes. Seit dieser Zeit auffallende Reizbarkeit, Vergeßlichkeit, zeitweise Schwindel und Übelkeiten. Seit einigen Monaten Herzbeschwerden, Atemnot, Beklemmung, Sternalschmerz.

Befund: Abnorme psychische Verfassung, überaus große Reizbarkeit, Unfreundlichkeit der Umgebung gegenüber. Zanksucht, krankhafter Eigensinn. Die Sprache weist keine auffallenden Störungen auf. Pupillen gleich weit, reagieren sehr träge. Hirnnervenfunktion ungestört. Parese der rechten Körperhälfte mit Steigerung der Reflexe ohne Störung der Sensibilität. Mastdarm- und Blasenfunktion normal. Insuffizienz der Aortenklappen. Stauungserscheinungen. Wassermannsche Reaktion positiv. Auf antiluetische Kur Besserung. Entlassung auf eigenes Verlangen am 20. III. Am 12. XI. neuerliche Aufnahme. In der Anamnese hat es geheißen: Seit einer Woche gehäufte Anfälle von Atemnot und Angina pectoris. Vollständige Lähmung des rechten Armes. Inkontinenz des Mastdarmes und der Blase. Psychische Verstörtheit.

Digitized by Google

Befund: Der Gesamtzustand übt sehr ernsten Eindruck aus. Die Kranke ist nicht bei vollem Bewußtsein. Auf gestellte Fragen bekommt man zumeist keine Antwort; wird sie aber gegeben, so ist sie unverständlich, sogar direkt sinnlos. Hautpflege in höchstem Maße vernachlässigt. An mehreren Stellen Geschwüre, Abschürfungen und mit schmutzigem, stinkendem Inhalt gefüllte Blasen. Der rechte Arm gelähmt; das rechte Bein kann aktiv bewegt werden. Beim Versuch des Katheterismus werden die Beine kräftig zusammengepreßt. Die Kranke beschmutzt sich in einem fort mit Kot und Harn. Eingehende Untersuchung nicht durchführbar. Gehäufte Anfälle von Herzasthma und Stenokardie. Am 18. XI. Exitus.

Sektionsbefund (auszugsweise; Prosektor Dr. Prašek): Ältere Hämorrhagien des linken Stirnlappens. Sklerose der größeren Hirnarterien. Ependymgranulationen des IV. Ventrikels. Hirnödem. Luetische Mesaortitis vornehmlich der Aorta ascendens. Daselbst aneurysmatische Erweiterung. Insuffizienz der Aortenklappen infolge arteriosklerotischer Verdickung der Ränder. Sklerose der Koronargefäße, namentlich ihres peripheren Verlaufes. Myokarditische Schwielen des Herzmuskels (auch der Papillarmuskeln). Exzentrische Hypertrophie des linken Ventrikels. Dilatation und Hypertrophie des rechten Ventrikels, geringen Grades. Ausgedehnte ältere Adhäsionen der Pleura. Lungenödem. Lobulärpneumonische Herde beider Unterlappen. Luetische Narben der Epiglottis. Atrophie der Leber, namentlich des linken Lappens. Cholelithiasis. Perihepatitis, Perisplenitis. Alte Infarktnarben der Milz. Dekubitalgeschwüre. Ulcera cruris.

2. Hasiba C., 42 Jahre alt, Grundbesitzersfrau aus Žepče in Bosnien, aufgenommen 5. XI. 1914. Seit längerer Zeit Kopfwallungen und Kopfschmerzen, nervöse Unruhe. Im April Parese des linken Beines. Anschließend daran allerlei unangenehme somatische Empfindungen, die auf dem Gebiete der Parästhesien liegen.

Befund: Äußerst nervöse Person, Stimmung sehr labil. Graziler Körperbau, guter Ernährungszustand. Gesicht gerötet. Schädel bei Beklopfen angeblich schmerzhaft. Mäßige Vergrößerung der Thyreoidea. Halsumfang 40 cm. Pupillen gleich weit. Lichtreaktion erhalten. Augenbefund normal. Hörvermögen gut. Keine Geruchs- und Geschmacksstörungen. Sonstige Hirnnerven ohne jegliche Funktionsstörung. Beide Arme ungefähr gleich stark. Das linke Bein merklich schwächer wie das rechte. Sein Umfang beträgt 20 cm, oberhalb der Patella 51 cm, Mitte Wade 32 cm. Rechts wurden an symmetrischen Stellen 53,5 cm und 33,5 cm gemessen. Die Kraftäußerung des linken Beines merklich kleiner. Kniereflexe und Achillessehnenreflexe links merklich stärker. Im linken Bein stellen sich zeitweise krampfhafte Zuckungen ein. Lokale Veränderungen der Sensibilität bestehen nicht. Es lassen sich nur eine allgemeine Hyperästhesie und gesteigerte vasomotorische Erregbarkeit feststellen. Die Kranke vermag nur unter Zuhilfenahme des Stockes zu gehen, wird aber sehr bald müde. Wassermann stark positiv. Therapie: Zehn intramuskuläre Enesolinjektionen und 1,05 g Neosalvarsan auf drei Dosen verteilt intravenös. Durchaus zufriedenstellender Erfolg. Das Allgemeinbefinden und die Stimmung der Kranken auffallend besser. Das kranke Bein merklich kräftiger, das Gehen ist ohne Stock ganz gut möglich. Entlassung am 31. XII. 1914.

In dem zuerst skizzierten Falle hat im Vordergrunde des klinischen Interesses die Erkrankung des Herzens gestanden. Die nervösen Störungen haben mehr einen Nebenbefund bedeutet und konnten während des letzten Spitalaufenthaltes mit Rücksicht auf den desolaten Zustand der Kranken nicht genauer untersucht werden. Es wurde vorausgesetzt, daß die Lähmung des Armes durch Schädigung der motorischen Region der oberen Extremität, die bekanntlich etwa in der Mitte der vorderen Zentralwindung zu suchen ist, bedingt wurde. Dorthin wurde auch der Herd der Blutung verlegt. Diese Voraussetzung hat sich nun aber bei der Sektion als nicht richtig herausgestellt. Die Hirnblutung fand sich im Stirnlappen vor. Es wird zwar angenommen, daß motorische Rindenfelder auch auf die oberste Stirnwindung hinübergreifen; diese stehen aber nur mit unteren Extremitäten in Beziehungen. Zur Erklärung der Divergenz des klinischen und des anatomischen Befundes könnte angenommen werden, daß bei der Kranken sich doch Veränderungen in der Zentralwindung, bzw. in der vom Armzentrum ausgehenden Faserstrahlung vorfanden, die makroskopisch

Digitized by Google

nicht zu erkennen waren, oder aber, daß die Lähmung eine Folge der Druckwirkung des in den Stirnlappen entleerten Blutes gewesen ist. Für gesteigerten Hirndruck dürften auch die bei der Sektion festgestellten Eppendymgranulationen sprechen.

Wenn in dem anderen Falle ebenfalls Hirnblutung angenommen wurde, so ist dies vornehmlich aus dem Grunde geschehen, daß die Lähmung ganz plötzlich entstanden ist und auch deswegen, weil, laut unseren hiesigen Erfahrungen über die Lokalisation der internen Syphilis, die Gefäße am häufigsten syphilitisch erkranken. Es ist aber nicht von der Hand zu weisen, daß den Grund der Lähmung ein kleines Gumma, sei es der Hirnsubstanz selbst, sei es der Hirnhäute, abgegeben hat. Der Herd durfte ganz nahe der Hirnrinde in dem obersten Abschnitt der vorderen Zentralwindung vorausgesetzt werden. Es haben dafür einerseits der Sitz der Lähmung, andererseits die Anfälle von krampfhaften Zuckungen im gelähmten Gliede gesprochen. Die Zuckungen durften als eine Andeutung Jacksonscher Epilepsie ausgelegt werden.

Ein voll entwickeltes Bild epileptischer Anfälle, durch Hirnlues bedingt, hat ein anderer Kranker dargeboten.

Niko R., 31 Jahre alt, Privatbeamter aus Stolac, aufgenommen am 21. V. 1914. Seit mehreren Wochen Schmerzen und Eingenommenheit des Kopfes. Am 26. IV. vorübergehende Trübung des Bewußtseins, Krämpfe der oberen und unteren Extremitäten. Seit dieser Zeit leidet der Kranke an Kopfschwindel und Schwächeanwandlungen. Die Krampfanfälle stellen sich des öfteren ein. Außerdem verspürt der Kranke zeitweise asthmatische Beschwerden und beim Schlucken von Speisen Würggefühl.

Befund: Graziler Körperbau, schwacher Ernährungszustand, indolente Nacken-, Axillar-, Kubital- und Inguinaldrüsen. Der Schädel nicht ganz symmetrisch gebaut. Die Augen glänzend. Die linke Pupille zeitweise weiter. Pupillenreaktion gut. Beweglichkeit der Augen normal. Respirationsorgane ohne nennenswerte Veränderungen. Am Herzen ebenfalls keine Veränderungen. Pulszahl 56—76. Das Aschnersche und Erbensche Symptom deutlich ausgeprägt. Blutdruck: oszillatorisches Maximum 148 mm Hg, Minimum 81 mm Hg. Starke Pulsation der Bauchaorta, namhafte Steigerung der vasomotorischen Erregbarkeit. Bauchorgane ohne Befund bis auf eine ausgesprochene Stuhlträgheit. Harn ohne pathologische Bestandteile. Blutbefund: Hämoglobingehalt 75%. Leukozytenformel: Neutr. Leukozyten 50,65%, Lymphozyten 42,85%, Übergangsformen 3,85%, eosinophile Leukozyten 1,85%, basophile Leukozyten 0,55%, Türcksche Rf. 0,55%. Serumreaktion nach Wassermann positiv. Pilokarpinversuch stark positiv. Adrenalinversuch und Galaktoseversuch negativ.

In der Nacht vom 21. auf 22. Mai ein Anfall, der mit dem Gefühl der Zusammenziehung in der Kehle begonnen hat, woran sich dann Krämpfe der Muskulatur des Gesichtes, des Halses und der oberen Extremitäten angeschlossen haben. Das Bewußtsein war nur wenig gestört. Während des Anfalles ist die Pulszahl bis auf 30 heruntergegangen. Es ist zum reichlichen Schweißausbruch gekommen, bei kalten Händen und Füßen. Am nächsten Morgen hat die Untersuchung ergeben: Der Schädel beim Beklopfen schmerzhaft, auf der Gesichtshaut reichliche Schweißtropfen. Pupillen gleich weit, reagieren gut auf Licht und Konvergenz. Chwostek beiderseits positiv. Trousseau negativ. Puls 64, Sehnenreflexe lebhaft, Muskelreflexe gesteigert, mit deutlicher Wulstbildung. Auf antiluetische Kur sind Krampfanfälle vollständig geschwunden. Atembeschwerden, das Gefühl des Würgens, Bradykardie und Hyperhydrose sind fast unverändert geblieben, haben aber den Kranken wenig belästigt. Mitte Juli wurde zum zweiten Male die Wassermannsche Reaktion angestellt mit schwach positivem Erfolg. Entlassung am 18. VII. auf dringendes Verlangen des Patienten.

Im vorliegenden Falle lassen sich zwei Gruppen von Symptomen unterscheiden. In die eine Gruppe gehören die motorischen Reizerscheinungen, die in unmittelbarer Beziehung mit Hirnsyphilis stehen und auf Störungen im Bereiche der motorischen Rindenfelder hindeuten.

Digitized by Google

Dieselben wurden durch antisyphilitische Behandlung sehr günstig beeinflußt. Eine andere Reihe von Symptomen ist augenscheinlich im Zeichen der Vagusreizung gestanden. Es gehören hierher das Würggefühl beim Schlucken, die attackenartigen Atembeschwerden, die Bradykardie, das Beklemmungsgefühl, die spastische Stuhlverstopfung. Als weitere, für gesteigerten Vagustonus sprechende Erscheinungen sind noch zu nennen das Aschnersche und Erbensche Symptom, die Hyperhydrose, die Verschiebung des Leukozytenbildes und nicht zu allerletzt das starke Ansprechen auf das Pilokarpin bei geringer Empfindlichkeit dem Adrenalin gegenüber und bedeutender Zuckertoleranz. Alle diese funktionellen Störungen und vegetativen Eigentümlichkeiten passen sehr gut in den Rahmen der Vagotonie hinein. Sie scheinen mit den luetischen Veränderungen in keiner Beziehung gestanden zu haben und wurden in ihrer Gesamtheit durch gegen die Syphilis gerichtete Maßnahmen nicht beeinflußt.

Eine andere Gruppe von Neurosyphilis setzt sich aus sechs Beobachtungen, in deren Symptomenbild das Vorherrschende meningeale Erscheinungen gebildet haben. In zwei dieser Fälle hat es sich um hartnäckige, zur Nachtzeit sich steigernde Kopfschmerzen gehandelt. Die Natur dieser Schmerzen wurde an der Hand des positiven Ausfalles der Wassermannschen Reaktion erkannt. Die überaus günstige Wirkung der antisyphilitischen Behandlung hat die luetische Genese als um so sicherer erscheinen lassen. Die übrigen Fälle sollen kurz skizziert werden..

1. Jovo P., 35 Jahre alt, Gastwirt aus Visoko in Bosnien, aufgenommen 6. VII. 1914. Vor drei Jahren syphilitisches Exanthem; zu gleicher Zeit Tremor und Ohnmachtsanfälle. Auf Salvarsanbehandlung sind sämtliche Erscheinungen verschwunden. Seit vier Monaten heftige nokturne Kopfschmerzen. Bei Tag lassen dieselben nach. Außerdem bestehen leichter Schwindel und Übelkeiten.

Befund: Schädel beim Beklopfen empfindlich, ganz besonders an der Basis. Strabismus convergens. Sehr enge Pupillen, kaum merklicher Lichtreflex. Tremor der Finger, gesteigerte Kniereflexe, ausgesprochener Fußklonus. Sensibilität normal. Hyperhydrose. Wassermann positiv. Therapie: Neosalvarsan, Schmierkur, Jodkali. Der Kranke wurde am 21. VIII. geheilt entlassen.

2. Johann R., 31 Jahre alter, aus Ungarn gebürtiger, in Sarajevo ansässiger Tischler, aufgenommen am 23. XI. 1915. Seit mehreren Wochen Kopfschmerzen, seit drei Wochen Sprachstörungen.

Befund: Der Schädel beim Beklopfen schmerzhaft. Rechte Pupille weiter, Lichtreflex beiderseits erhalten, rechts merklich träger. Parese des rechten Fazialis. Zittern der Zunge. Die Sprache erschwert, ohne normalen Klang. Wassermann positiv. Therapie: Neosalvarsan, Jodkali. Der Kranke wurde schon am 22. XII. auf eigenes dringendes Verlangen mit weitgehender Besserung entlassen.

3. Kata J., 50 Jahre alt, Bauernfrau aus Kraljevska Sutjeska in Bosnien, aufgenommen 30. VIII. 1915. Seit sechs Monaten Kopfschmerzen und Ohrenschmerzen, seit drei Monaten Sprachstörungen und eigentümliches brennendes Gefühl im Munde und in der Nase. Seit einem Monate blitzartige, stechende Schmerzen im rechten Arme.

Befund: Schädel und Nacken auf Druck und Beklopfen empfindlich. Augenbefund normal. Hörvermögen herabgestzt. Parese des rechten Fazialis. Die Bewegungen der Zunge erfolgen träge, kraftlos. Rachenreflex erloschen. Geschmackssinn herabgestzt. Die Sprache erschwert, klanglos. Sehnenreflexe nur unbedeutend gesteigert. Psychische Depression und Reizbarkeit. Wassermann positiv. Die antiluetische Behandlung mußte am 13. X. unterbrochen werden. Die Kranke ist erst am 29. XI. zur Fortsetzung der Kur erschienen. Auf die Behandlung mit Embarin, Salvarsan und Quecksilbersalbe sind sämtliche Erscheinungen geschwunden. Die Kranke konnte bei ihrer Entlassung am 18. I. 1916 als vollständig genesen betrachtet werden.

Digitized by Google

Die geschilderten drei Beobachtungen bringen gute Beispiele auf luetischer Basis entstandener basaler Meningitiden. Neben charakteristischen, ganz besonders zur Nachtzeit sehr intensiven Kopfschmerzen haben da auch Paresen einzelner Hirnnerven bestanden, und zwar im ersten Falle der Abduzentes, im zweiten und dritten des Fazialis und des Hypoglossus. Allem Anschein nach wurde im dritten Falle auch der Glossopharyngeus in Mitleidenschaft gezogen.

Erwähnenswert dürfte auch eine Beobachtung erscheinen, in der luetische Meningitis des Halsmarkes angenommen wurde.

Marie H., 39 Jahre alt, Eisenbahnersfrau aus Sarajevo, hat bei ihrer Aufnahme am 21. VII. 1914 angegeben, daß sie seit mehreren Monaten unter Kopf- und Nackenschmerzen zu leiden habe. Außerdem wurde über verschiedene unangenehme, zum Teil auch schmerzhafte Empfindungen in der Brust und in den Armen geklagt.

Befund: Schädel beim Beklopfen empfindlich. Halsteil der Wirbelsäule schmerzhaft. Nackenmuskulatur gespannt. Deutliche Nackensteifigkeit mit daraus resultierender Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit des Kopfes. Muskulatur des Brustkorbes und der oberen Extremitäten weist normales Verhalten auf. Die Kraft der Arme beiderseits annähernd gleich. Irgend welche objektiv festzustellende Sensibilitätsstörungen nicht vorhanden. Körpergleichgewicht ungestört. Innere Organe ohne pathologischen Befund. Leukozytenformel: Neutr. L. 64,7%, Lymph. 27,0%, Überg. 5,3%, Gr. M. L. 1,7%, eosin. L. 1,0%, basoph. L. 0,3%. Wassermann positiv. Therapie: Neosalvarsan 1,8 g auf drei Dosen verteilt, Schmierkur. Daraufhin auffallende Besserung. Die Schmerzen und Parästhesien verschwunden, der Kopf kann frei bewegt werden. Entlassung auf eigenes Verlangen am 19. VIII. 1914.

Das Symptomenbild ist in diesem Falle ziemlich charakteristisch für Pachymeningitis cervicalis gewesen. Es bestanden mannigfaltige sensible Reizerscheinungen im Bereiche des Thorax und der oberen Extremitäten, ohne jegliche objektiv nachzuweisende Sensibilitätsstörungen. Aus dem Fehlen irgend welcher Erscheinungen auf dem Gebiete der Motilität, wie sie durch Paresen und Atrophien dargestellt werden, läßt sich deduzieren, daß der krankhafte Prozeß ausschließlich im hinteren Abschnitt der Meningen lokalisiert gewesen ist. Die Nackensteifigkeit, durch krankhafte Spannung der Muskulatur bedingt, kann ausreichend als eine Reflexwirkung erklärt werden. Die luetische Natur der Pachymeningitis konnte, abgesehen vom positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion, durch sehr günstige Wirkung des Salvarsans und des Quecksilbers als erwiesen betrachtet werden. (Schluß folgt.)

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Ein geheilter Fall bösartigster schwarzer Blattern, von Ludwig Bors-Pécs. (W. kl. W., 1916, Nr. 46.) Der Verfasser heilte einen Fall von schwarzen Blattern, welcher eine Frau von 52 Jahren betraf, durch die Anwendung von Skarifikationen. Mit einem Bistouri eröffnete er alle vorhandenen Blattern und entleerte ihren Inhalt durch Fingerdruck. Darauf wurden die geöffneten Pocken mit einer Karbolsalbe bedeckt.

H. Vörner-Leipzig.

Zur Diagnose der Pocken und zur Bewertung ihres biologischen Nachweises, von E. Schreiber. (D. m. W., 1917, Nr. 16.) Die Varioloisformen bieten recht häufig große diagnostische Schwierigkeiten. Es wäre von großer Bedeutung, wenn wir in dem Korneaversuch am Kaninchen nach Paul ein differentialdiagnostisches Mittel besäßen. Nach den Erfahrungen von Schreiber ist das leider nicht der Fall.

E. Brinitzer-Altona.

Digitized by Google

Weitere Beobachtungen an Pockenfällen, von K. Vorpahl. (B. kl. W., 1917, Nr. 24.) Verfasser hat in verhältnismäßig kurzer Zeit 50 Pockenfälle beobachtet. Ausgezeichneten Erfolg hat er in allen, gerade auch bei den allerschwersten Formen von der äußeren Behandlung mit Zinkoxyd nach Deycke gesehen. Diese besteht darin, daß reines Zinkoxyd, ohne Zusatz von Amylum, in feingepulvertem Zustande auf die ganze Hautoberfläche des Kranken gebracht, mit dem Mittel dabei aber nicht gespart wird, sondern der Kranke sich sozusagen in einem „Zinkoxydbade" befindet. Das Zinkoxyd wurde stets bis zum vollständigen Abfall der Schorfe angewandt. Die Befreiung des Kranken von dem Mittel erfolgte mühelos durch Bäder. Irgend welche toxischen Schädigungen durch das Zinkoxyd sind in keinem Falle zur Beobachtung gekommen. Bezüglich der Ansteckungsgefahr der Pocken lenkt Verfasser die Aufmerksamkeit auf die komplizierende Bronchitis, die er bei einer großen Zahl seiner Kranken beobachten konnte, und legt ihr für die Weiterübertragung Gewicht bei. Schließlich zieht Verfasser aus seinen Beobachtungen den Schluß, daß die herrschenden Anschauungen einmal über die Dauer des Impfschutzes und weiter über die absolute Sicherheit des prophylaktisch Geimpften, wenn die Impfpusteln noch während der Inkubationszeit zur vollen Entwicklung gelangen, nicht zu Recht bestehen, und die praktische Folgerung, in einer Ortschaft, in der Pockenfälle auftraten, jeden möglichst bald prophylaktisch zu impfen.

E. Klemm-Leipzig.

Über den differentialdiagnostischen Wert der Paulschen Variolareaktion, von Sigmund von Gerlóczy und Bernhard Vas. (B. kl. W., 1917, Nr. 16.) Verfasser haben an 22 Blatternfällen die Paulsche Reaktion geprüft. Diese besteht in sehr charakteristischen Veränderungen auf der mit dem Variolavirus inokulierten Kaninchenkornea, die nach Behandlung des enukleierten Bulbus mit Sublimatalkohol zutage treten und als für Variola vera spezifisch betrachtet werden können (im Frühstadium kommt der Pustelinhalt, im späteren die Borke zur Verimpfung). Es sind dies kreideweiße Pünktchen oder kreisrunde Knöpfchen von $^1/_2$—2 mm Durchmesser, die nach 48 Stunden in ihrer Mitte eine kleine Vertiefung zeigen. Verfasser gelangen zu dem Ergebnis, daß der positive Ausfall der Reaktion als für Blattern spezifisch betrachtet werden kann, der negative aber das Bestehen von Blattern nicht ausschließt, und daß es durch die neue Untersuchungsart möglich ist, die Diagnose in den meisten Fällen bereits nach 48 Stunden zu stellen, was besonders bei der Feststellung der ersten Fälle von erhöhtem Werte ist.

E. Klemm-Leipzig.

Zur Komplementbindung bei Variola, von Hallenberger. (D. m. W., 1917, Nr. 35.) Die Komplementbindungsreaktion ist mangels gut und gleichmäßig arbeitender Pockenantigene für die Pockendiagnose nicht zu gebrauchen. E. Brinitzer-Altona.

Pocken ohne Pockenausschlag, von K. Vorpahl. (B. kl. W., 1917, Nr. 13.) Nachdem eine Patientin mit schwerer Form von Variola vera auf eine Infektionsabteilung aufgenommen worden war, erkrankten fünf Diphtheriegenesende auf dieser Abteilung, sowie ein Arzt und die Schwester der Abteilung mit hohem Fieber ohne weiteren auch nur geringsten Krankheitsbefund an irgend einem Organe, speziell auch ohne geringste Andeutung eines Hautausschlages oder auch Pustel oder Papel auf Haut und Mundschleimhaut. Nach fünf Tagen war und blieb bei allen die Temperatur wieder normal. Den Beweis für die Richtigkeit der Vermutung, daß es sich hierbei um Variola sine exanthemate handelte, erblickt Verfasser darin, daß nur Personen erkrankten, die mit dem Pockenfall in unmittelbare Berührung gekommen waren oder in mittelbare gekommen sein konnten, ferner darin, daß das Auftreten der Fieberfälle genau in die für Pocken bekannte Inkubationszeit fiel und schließlich darin, daß zeitlich und nach der Fieberart eng dazu gehörig zwei weitere Insassen der Abteilung erkrankten, bei denen Pockenpusteln hinzutraten. Die nachträgliche Impfung fiel bei den ersten fünf Kranken vollständig negativ aus. Zum Schluß betont Verfasser das praktische Interesse hinsichtlich der Weiterverbreitung der Krankheit, das diese Fälle erregen.

E. Klemm-Leipzig.

Zur Lokalisation der Variola, von Fritz Willner-Laibach. (M. Kl., 1916, Nr. 40.) Der Verfasser hatte Gelegenheit, in seinem Epidemiespital bei einer Variolaepidemie acht Fälle zu beobachten, in denen Variolaefflorescenzen am inneren Präputialblatt frühzeitig im ersten Stadium des Exanthems auftraten, um später in ihrer Entwicklung und ihrem Ablauf der Florition am übrigen Körper voranzueilen. Diese rasche Entwicklung zu Knötchen mit erst wasserhellen Bläschen an der Kuppe, schneller, deutlicher Trübung des Bläscheninhaltes und Ausbildung zu halblinsengroßen Pusteln mit Pockennabel, die dann platzten und nach Borkenbildung mit typischen Narben ab-

Digitized by Google

heilten, hat nach der Ansicht des Verfassers ihre Ursache darin, daß die Blatternerreger in dem abgeschlossenen Raume des Präputialsackes infolge der konstanten Temperatur, der Hautmazeration und der Smegmaansammlung ein besonders günstiges Nährsubstrat finden. O. Lasch-Breslau.

Über Purpura variolosa, von Franz Riedel. (B. kl. W., 1917, Nr. 35.) Verfasser gibt Krankheitsgeschichte und Sektionsprotokoll von drei Fällen. Die Affektion ist von der Variola pustulosa et papulosa haemorrhagica scharf zu trennen, bei der neben einem später hämorrhagisch werdenden Initialexanthem die einzelnen Pocken hämorrhagisch sind, aber Blutungen der inneren Organe nicht beobachtet werden. Für Purpura variolosa wird als charakteristisch hervorgehoben das Fehlen oder nur vereinzelte Zustandekommen der Pustelbildung und das den größten Teil des Körpers überziehende scharlachähnliche Exanthem, das später bleifarbig erscheint, die zahlreichen Hautblutungen, die Hämorrhagien aus Lunge, Nase, Blase und Darm. Sie führt stets, schon im Verlauf der ersten Woche, zum Tode. Die Blutuntersuchung der drei Krankheitsfälle zeigte eine Verschiebung nach den Einkernigen- und Jugendformen der Leukozyten, die sehr schnell vor sich geht. Die bakteriologische Untersuchung des Blutes berechtigt zu der Annahme, daß es sich bei Purpura variolosa um eine Mischinfektion mit verschiedenen Bakterien handelt. E. Klemm-Leipzig.

Experimentelle Untersuchungen über die Übertragung der Pocken, von Friedemann und Gins. (D. m. W., 1917, Nr. 37.) Als Austrittsporte des Pockenvirus kommen in erster Linie die typischen Effloreszenzen der Nasen-, Mund- und Luftröhrenschleimhaut, in den späteren Stadien der Erkrankung auch der Inhalt der geplatzten Hautpusteln in Frage. Als Eintrittspforte kommt für die Pockeninfektion nur die Schleimhaut der oberen Luftwege in Betracht. Von der Schleimhaut des Erkrankten wird das Virus direkt auf dem Wege der Tröpfcheninfektion auf die gesunde Schleimhaut der oberen Luftwege übertragen. Dieser Weg kommt in den ersten Stadien der Erkrankung ausschließlich in Betracht. Aus der Hautpustel gelangt das Virus durch Platzen der Epidermisschicht nach außen. Seine Weiterverbreitung erfolgt in erster Linie durch Einatmung des eingetrockneten und verstäubten Inhalts der Pusteln. Auch indirekt kann die Krankheit durch den an Gegenständen angetrockneten Bläscheninhalt übertragen werden. Unmöglich ist es auch nicht, daß das Virus durch die mit Pusteleinhalt infizierten Finger in den Mund gelangt und auf diesem Wege die Schleimhäute des Mundes oder Rachens infiziert. Eine direkte Übertragung von der Hautpustel auf die Haut als Regel ist als ausgeschlossen anzusehen. In 2 von 15 Fällen konnte das Variolavirus noch wochenlang nach der Entfieberung in Ulzerationen der Nasenschleimhaut nachgewiesen werden. Eine genaue Untersuchung der Nasenschleimhaut mittels des Nasenspiegels sollte daher bei allen Pockenkranken, die zur Entlassung kommen, durchgeführt werden. Bei 20 aus der Umgebung Pockenkranker stammenden gesunden Personen (Pflegepersonal) ergaben die Abstriche von Mund- und Nasenschleimhaut negative Impfergebnisse. Die Impfungen wurden nach der Paulschen Technik an der Hornhaut des Kaninchens ausgeführt. E. Brinitzer-Altona.

Zur histologischen Technik des Kornealversuches bei der Pockendiagnose, von Paul. (D. m. W., 1917, Nr. 29.) In dieser Arbeit gibt P. die von ihm geübte Technik und Methodik der histologischen Untersuchung der geimpften Kaninchenhornhaut an. E. Brinitzer-Altona.

Technik zur Darstellung der Elementarkörperchen (Paschensche Körperchen) in der Variolapustel, von Paschen. (D. m. W., 1917, Nr. 33.) Genaue Angabe der Technik. E. Brinitzer-Altona.

Zur Therapie der Blattern, von W. Kulka. (W. kl. W., 1917, Nr. 21.) Bei einem Kranken gelang es, durch konstante Bepinselung mit 3%iger Permanganatlösung den Blatternausschlag mit geringer Narbenbildung zur Heilung zu bringen, die Dauer der Erkrankung wesentlich abzukürzen und den Verlauf derselben durch die Hintanhaltung des eitrigen Zerfalles der Pusteln und den Fortfall der damit verbundenen Beschwerden im sogenannten Suppurationsstadium auffällig zu mildern. H. Vörner-Leipzig.

Zur Therapie der Blattern, von L. Justitz. (W. kl. W., 1918, Nr. 41.) Die Behandlung der Blatternkranken bestand in der Verwendung von frischer konzentrierter Kaliumpermanganatlösung. H. Vörner-Leipzig.

Zur Kaliumpermanganatbehandlung der Variola, von Gustav Merawetz-Wien. (W. kl. W., 1917, Nr. 23.) Der Verf. hält die von Kulka empfohlene Anwendung einer 3%igen Lösung von Kaliumpermanganat zur Behandlung der Variolapusteln für zu

Digitized by Google

schwach. Nach seiner Meinung würde der beabsichtigte Zweck allein durch konzentrierte Lösung erreicht. H. Vörner-Leipzig.

Zur Kaliumpermanganatbehandlung der Variola, von W. Kulka. (W. kl. W., 1917, Nr. 34.) Erwiderung auf den gleichnamigen Artikel von G. Merawetz in Nr. 23 dieser Wochenschrift. Sachliche und literarische Berichtigungen. H. Vörner-Leipzig.

Kultivierung der Erreger der Vakzine, Variola und Varizellen, von Horace Greeley-Brooklyn. (M. Record, 12. August 1916.) 1. Vakzinevirus. In gefärbten, mit 50%iger Essigsäure geklärten Ausstrichpräparaten von Vakzineproben findet man einen „bipolaren Bazillus", dessen zwischen den Polen gelegener Körperteil die Paste schlecht annimmt. Zugleich finden sich anscheinend als Sporen zu deutende ovale Körperchen, welche ebenfalls die Paste nur schwer annehmen. Für die Kultur eignete sich am besten ein flüssiger Nährboden, der sich zu 70% aus Hydrozeleflüssigkeit und zu 30% aus Bouillon zusammensetzte und eine 10% entsprechende Kalkwassermenge (d. h. 0,017% Kalziumoxyd) enthielt. Auch auf einem festen Nährboden konnte der Bazillus gezüchtet werden. Zu diesem Zwecke wurde ein Röhrchen mit Löfflerschem Blutserum mit einer Öse voll Vakzine (die käufliche Vakzine mit Kochsalzlösung auf 10% verdünnt) geimpft und darauf 1 bis 2 Tropfen Kalkwasserbouillon (50%ige Bouillon in destilliertem Wasser wird von 10 auf 100% mit Kalziumoxyd gesättigt) darüber gegossen. Die im Brutschrank bei 37,5° befindlichen Röhrchen müssen täglich mit dieser Kalkwasserbouillon übergossen werden. Nach zehn Tagen erscheinen flache, schleimige, glänzende Kolonien, welche schon nach 24 Stunden eine rapide Peptonisierung des Nährbodens verursachen. Diese können dann auf gewöhnlichen Löfflerschen Nährboden übertragen werden, wo sie dann üppig wachsen. 2. Variolavirus. Auch hier finden sich im Ausstrichpräparat des Blaseninhalts und des Blutes kleine bipolare Bazillen. Die Züchtung erfolgt wie bei den Vakzineerregern. Doch haben die Kulturen bei der Variola eine geringere Tendenz zur Peptonisierung, und die Übertragung auf gewöhnlichen Löfflerschen Nährboden gelingt nicht. 3. Varizellenvirus. In den Varizellenblasen sind ebenfalls bipolare Bazillen vorhanden, aber nur in ganz spärlicher Anzahl. Die Kultur geschieht auf dieselbe Weise, und der so gewachsene Bazillus sieht dem Vakzinebazillus sehr ähnlich. Agglutinierung. Der Variolaorganismus wurde in einer Stunde durch ein Variolaserum in der Verdünnung 1 : 160 agglutiniert, während dies mit normalen Seren nicht der Fall war. Kürzlich geimpfte Individuen wiesen ein Serum mit bedeutend größerer Agglutinationskraft auf als sonstige Erwachsene. Varizellensera hatten diese Kraft gar nicht. Der Vakzineorganismus wurde durch Variolaserum deutlicher agglutiniert als der Variolaorganismus. Der Varizellenbazillus wurde von allen, außer vom Varizellenserum beeinflußt. Komplementbindung. Variolaantigen gibt ein scharf spezifisches Resultat mit dem ihm entsprechenden Serum. Es gab ein negatives Resultat mit elf Seren von normalen Individuen, von denen vier mit Erfolg drei Monate vorher geimpft worden waren. Von diesen vier Seren gab allerdings eines eine (++) und zwei eine (+) Reaktion. Das Vakzineantigen gab negative Resultate mit Variolaseren und mit normalen Seren, außer wenn vorher eine Impfung erfolgt war. Das Varizellenantigen gab ein negatives Resultat mit Variola- und Varizellensera, aber ein positives Resultat mit den meisten normalen Seren, die zur Verwendung kamen.

A. Gunsett-Straßburg.

Die Variolisierung der gegen Vakzine immunisierten Kühe, von Wurtz und Huon. (Presse méd., 1916, Nr. 52.) Bekanntlich verleiht die Impfung der Kühe mit Jennerscher Lymphe denselben nach relativ kurzer Zeit eine dauernde Immunität. Diese ist nach den Untersuchungen von Kelsch, Camus und Tanon am achten Tage vorhanden. Den Verfassern gelang es, Kühen, die acht Tage vorher mit Jennerscher Lymphe geimpft worden waren, Variola zu inokulieren. Der Beweis, daß es sich um richtige Variola handelt, ist durch den klinischen Verlauf der Krankheit, durch die pathologische Anatomie der Elemente des Ausschlags und durch das Inokulationsresultat auf Affen und Kaninchen gegeben. Merkwürdigerweise sensibilisiert das Jennersche Virus, nachdem es die Säfte gegen Vakzine immunisiert hat, im Gegenteil diese Säfte gegen Variola. Allerdings nur für kurze Zeit. Es scheint aus diesen Experimenten hervorzugehen, daß Variola und Vakzine zwei gänzlich verschiedenen Infektionserregern zuzuschreiben sind. Das Serum von auf diese Weise variolisierten Tieren hat sehr ermutigende Resultate gegeben, was die Behandlung des Variola anbetrifft, und zwar sowohl beim Menschen als beim Affen. A. Gunsett-Straßburg.

Dauer des Pockenimpfschutzes, von Ginzberg. (D. m. W., 1916, Nr. 42.) Während Gins bei der Wiederimpfung von 800 Kindern in 28,8% der Fälle einen

Digitized by Google

vollen Erfolg hatte (D. m. W., 1916, Nr. 38). trat bei Ginzberg bei 436 Wiederimpflingen aus den Jahren 1912 und 1914 in 78,5% der Fälle voller Impferfolg ein. Der Schutz, der durch die Entimpfung erworben war, war also bei 78,5% der Kinder vollständig geschwunden. E. Brinitzer-Altona.

Über die Dauer des Impfschutzes, von Böing. (Allg. m. Ztg., 1917, Nr. 7 u. 8.) B. hält die Erfolge von Gins bei seinen Wiederimpfungen (29%) für unzulänglich. B. hatte bei seinen Wiederimpfungen in den Jahren 1885 und 1886 einen vollen Erfolg von 73,75 bzw. 98%. Den Grund für die ungünstigen Ergebnisse von Gins sieht B. darin, daß die von Gins benutzte Lymphe für die Erstimpflinge zwar stark genug sei, um genügende Erfolge zu erzielen (über 90%), ihre Virulenz aber nicht ausreiche für den widerstandsfähigeren Organismus zwölfjähriger Kinder. Sobotta, der bei der Wiederimpfung von 154 Soldaten 95% Erfolge hatte, zieht den Schluß, daß die Impfung nicht $1^1/_2$ Jahre schützt. E. Brinitzer-Altona.

Über die Dauer des Impfschutzes, von Böing. (D. m. W., 1917, Nr. 3.)

Einige Bemerkungen zu Böings Kritik, von H. A. Gins. (D. m. W., 1917, Nr. 3.) B., ein ärztlicher Gegner des Impfzwanges, widerspricht der Auffassung von Gins über die lange Dauer des Impfschutzes, besonders der Behauptung von Gins, daß 71,2% der Wiederimpflinge (der Zwölfjährigen) von der Erstimpfung her noch vollständige oder deutliche, aber verminderte Vakzineimmunität hatten, demgegenüber hält Gins an seinen durch sorgfältige neuere und eigene Untersuchungen gestützten Resultaten fest. E. Brinitzer-Altona.

Sofortige Wiederholung der Impfung bei ihrer Erfolglosigkeit, von J. Schwalbe. (D. m. W., 1917, Nr. 16.) Sch. tritt dafür ein, daß durch eine Bundesratsverordnung ganz allgemein die erneute Impfung unmittelbar nach der Feststellung ihrer Erfolglosigkeit, also bei der Nachschau, vorgeschrieben werden möge. Die Fehlimpfungen, die durch ungenügende Wirkung der Lymphe, durch unzureichende Menge der eingestrichenen Lymphe, durch zu geringe oder zu große Tiefe der Impfschnitte, durch fahrlässiges oder absichtliches Abwischen der Lymphe seitens der Impflinge verursacht werden, können dadurch vermieden werden. E. Brinitzer-Altona.

Fleckfieberstudien, von E. Starkenstein. (W. kl. W., 1917, Nr. 5.) Der erste Abschnitt des Artikels beschäftigt sich mit der Epidemiologie, hebt die Bedeutung der Kleiderlaus als Giftüberträgerin hervor und bringt bemerkenswerte statistische Daten zu einer in Radom beobachteten Fleckfieberendemie. In der Diagnostik, welche gemeinsam mit Zitterbart bearbeitet ist, werden hauptsächlich Erfahrungen über die Agglutination mitgeteilt. Schließlich werden unter Therapie die allgemeinen und speziellen Maßnahmen erwähnt, namentlich wird auf die Bedeutung und Anwendung des Kollargols näher eingegangen. H. Vörner-Leipzig.

Der heutige Stand unserer Kenntnisse vom Fleckfieber, von Hetsch. (Ther. d. Gegenw., Sept. u. Okt. 1917.) Das klinische Krankheitsbild setzt H. als bekannt voraus und weist nur auf einige wichtige Punkte hin. Besonders bemerkenswert ist beim Flecktyphus das Verhalten des Gefäßsystems. Pulswerte von 60 Schlägen (Munk beobachtete sogar Pulswerte von 32—38 Schlägen tagelang) und Blutdruckwerte von 80—90 mm Hg kommen auch bei günstig verlaufenden Fällen vor. Schon frühzeitig tritt eine starke Beteiligung des Zentralnervensystems hinzu. Unter den Komplikationen des Fleckfiebers werden am häufigsten Erkrankungen der Respirationsorgane beobachtet, besonders schwerwiegend sind aber die spontanen, meist symmetrisch auftretenden Gangräne der Extremitäten und anderer Körperteile (Ohren, Nase, Genitalien). Seitdem als Überträgerin der Krankheit nur die Laus in Betracht kommt, ist auch die Ätiologie, wenn auch nicht ganz geklärt, so doch wesentlich besser erforscht. Ricketts und Wilder haben als erste im Darminhalt der von den Kranken stammenden Läuse und solcher, die durch Saugenlassen an Kranken künstlich infiziert waren, eigenartige polgefärbte Gebilde in großen Mengen nachgewiesen. Durch weitere Untersuchungen sind dann diese Gebilde von anderen Verfassern näher studiert worden. Das Fleckfieber wurde zuerst experimentell auf Tiere durch Verimpfung des Blutes von Fleckfieberkranken von Nicolle übertragen. Das Virus ist hauptsächlich in den Leukozyten des Blutes enthalten. Die Übertragung kann auch durch Injektion von Darminhalt von mit Rickettsien behafteten Läusen erfolgen. Die Diagnose des Fleckfiebers kann, besonders bei seinem ersten Auftreten in einem bisher verschonten Lande, Schwierigkeiten bereiten. Sehr zuverlässige Ergebnisse als Diagnostikum liefert die Weil-Felixsche Reaktion. Auch die histologische Untersuchung exzidierter Hautstückchen mit Roseolen ist diagnostisch sehr brauchbar und leicht ausführbar; dagegen ist der Nachweis von Rickettsien in den

Digitized by Google

den Kranken abgenommenen Läusen außerordentlich schwierig. Was die Therapie anbetrifft, so kennen wir ein spezifisch wirkendes Heilmittel noch nicht. Von unzweifelhaft günstigem Einfluß sind hydrotherapeutische Maßnahmen (laue Bäder, kühle Packungen usw.). Bei drohender Herzschwäche ist eine energische Digitalisbehandlung unbedingt von vornherein erforderlich. Bei plötzlich einsetzender Blutdrucksenkung sind intravenöse Infusionen von 300—1000 ccm Kochsalzlösung mit Zusatz von 0,3 g Koffein und 5 Tropfen Adrenalin (Munk) oder Infusionen wäßriger Kampferlösungen (Leo) von guter Wirkung. E. Brinitzer-Altona.

Fleckfiebererkennung, von Hansen-Hadersleben. (Zschr. f. M.-Beamte, 1916, Nr. 6.) Verf. berichtet kurz über einen Fall, bei dem ein verschleppter Dickdarmkatarrh durch Überschwemmung und Zersetzung des Blutes mittels Kolibazillen ziemlich dieselben Hautveränderungen verursacht hatte, wie man sie u. a. bei Fleckfieber beobachtet: roten, kleinfleckigen Ausschlag, dichtgestellt auf Brust und Oberbauch, vereinzelt auf dem Rücken. E. Klemm-Leipzig.

Über die hämorrhagische Hautinfektion bei Fleckfieber, von Josef Schwoner-Wien. (W. kl. W., 1916, Nr. 45.) Aus den Ausführungen des Verf. geht hervor, daß die von Lipschütz beschriebene Hautreaktion, Erzeugung von Hämorrhagien durch Trauma, nicht für Fleckfieber charakteristisch ist, sondern auch bei Scharlach und Masern beobachtet wird. H. Vörner-Leipzig.

Über rudimentär ausgebildetes Fleckfieber, von Franz Barbachzi und Zoltán Barabás. (W. kl. W., 1917, Nr. 27.) Nach den Beobachtungen der Verf. kann Fleckfieber ohne Exanthem vorkommen. Ebenso können beträchtliche Abweichungen von dem als charakteristisch bezeichneten Fieberverlauf vorkommen. H. Vörner-Leipzig.

Über Fleckfieber ohne Exanthem, von Hugo Popper. (W. kl. W., 1917, Nr. 44.) Mitteilung von acht Fällen. H. Vörner-Leipzig.

Ein Fleckfieberanfall mit Gesichtsexanthem, von Martini. (D. m. W., 1917, Nr. 36.) Schilderung eines Falles von Fleckfieber bei einem siebzehnjährigen schwächlichen Menschen mit einem Exanthem, das sich auch über Kopf, Gesicht und Schleimhäute ausdehnte. Es bildeten sich zahlreiche, tief dunkelblaurötliche Flecke von Hirsekorn- bis Linsengröße, die zum Teil in größere Felder zusammenflossen. Eine solche Ausbreitung ist selten zu beobachten. E. Brinitzer-Altona.

Das Stauungsphänomen bei Fleckfieber, von Rostoski. (M. m. W., 1917, Nr. 11.) Das Dietsche Phänomen besteht darin, daß nach einer Stauung von $^1/_2$—1 Minute das Fleckfieberexanthem im Stauungsbezirk deutlicher wird und oft auch an Stellen, wo man bisher nichts sah, typische Effloreszenzen aufschießen. Rostoski hebt die große diagnostische Bedeutung dieser Erscheinung hervor, da sie bei keiner anderen mit Exanthem verbundenen Infektionskrankheit auftritt. A. Witte-Bremen.

Verschiedenes.

Am 1. Juli war der 100. Geburtstag von Ignaz Semmelweis, dem eigentlichen Begründer der Antiseptik und Erforscher der Ursachen des Puerperalfiebers. Wie wohl den meisten unserer Fachgenossen unbekannt sein dürfte, war der erste, der überzeugt und mannhaft gleich von Anfang an für diese Lehren eintrat, kein geringerer als Ferdinand Hebra. In zwei 1847 und 1849 in der von ihm herausgegebenen Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Ärzte erschienenen Aufsätzen („Höchst wichtige Erfahrungen über die Ätiologie der in Gebäranstalten epidemischen Puerperalfieber") stellt er Semmelweis' Entdeckung der Jennerschen Kuhpockenimpfung würdig an die Seite.

R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

FRÜHER: MONATSHEFTE FÜR PRAKTISCHE DERMATOLOGIE

UNTER MITWIRKUNG VON

A. ALEXANDER-Berlin, J. ALMKVIST-Stockholm, G. ARNDT-Straßburg, E. ARNING-Hamburg, CH. AUDRY-Toulouse, J. de AZUA-Madrid, A. BAYET-Brüssel, C. BECK-Budapest, B. BERON-Sofia, A. BLASCHKO-Berlin, I. BLOCH-Charlottenburg, M. BOCKHART-Wiesbaden, E. BODIN-Rennes, L. BROCQ-Paris, H. G. BROOKE-Manchester, C. BRUCK-Altona, C. BRUHNS-Berlin, A. BUSCHKE-Berlin, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, J. DARIER-Paris, K. DOHI-Tokio, E. EHLERS-Kopenhagen, S. EHRMANN-Wien, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. von FICK-Wien, E. FINGER-Wien, W. FISCHER-Berlin, E. FRAENKEL-Hamburg, E. GALEWSKY-Dresden, S. GROSZ-Wien, M. HAASE-Memphis, Tenn., L. HALBERSTAEDTER-Charlottenburg, H. HALLOPEAU-Paris, J. HELLER-Charlottenburg, M. HODARA-Konstantinopel, E. HOFFMANN-Bonn, H. HÜBNER-Elberfeld, J. JADASSOHN-Breslau, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, E. KLAUSNER-Prag, V. KLINGMÜLLER-Kiel, W. KOLLE-Frankfurt a. M., A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Krakau, R. LEDERMANN-Berlin, H. P. LIE-Bergen, L. MERK-Innsbruck, E. MORO-Heidelberg, P. MULZER-Straßburg i. E., L. NIELSEN-Kopenhagen, G. NOBL-Wien, J. ODSTRČIL-Prag, M. OPPENHEIM-Wien, M. PELAGATTI-Parma, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POLLITZER-New-York, C. POSNER-Berlin, A. POSPELOW-Moskau, M. L. RAVITCH-Louisville, Ky., E. RIECKE-Göttingen, K. RÜHL-Turin, P. RUSCH-Wien, F. ŠAMBERGER-Prag, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W. SCHOLTZ-Königsberg i. P., O. SEIFERT-Würzburg, J. SELENEW-Moskau, E. TOMASCZEWSKI-Berlin, L. TÖRÖK-Budapest, A. TRŸB-Prag, P. UHLENHUTH-Straßburg i. E., K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Preßburg, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, U. J. WILE-Ann Arbor, F. WINKLER-Wien

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA HAMBURG
P. TAENZER BREMEN
J. H. RILLE LEIPZIG
E. DELBANCO HAMBURG

SIEBENUNDSECHZIGSTER BAND

1918

JULI BIS DEZEMBER (Nr. 27—52)

MIT 24 ABBILDUNGEN IM TEXT UND 2 TAFELN

LEIPZIG
VERLAG VON LEOPOLD VOSS
1918

Digitized by Google

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis.

Originalabhandlungen.

(* bedeutet „Aus der Praxis"; ** bedeutet „Feuilleton".) Seite

Mitteilungen über Viszeralsyphilis. Von L. Ritt. v. Korczyński 463, 483, 500, 513
H. Wossidlo †. Von G. Kulisch 473
Über Livedo racemosa ohne nachweisbare Lues. Von Arthur Alexander 479
Über mehrfache Querfurchenbildung der Nägel nach Tuberkulininjektionen und bei Malaria. Von W. Fischer 495
Zur Behandlung der Gonorrhoe mit intravenösen Kollargolinjektionen. Von Sommerfeldt 511
Edmund Lesser †. Von A. Buschke 520
Günstiger Ausgang einer Encephalitis haemorrhagica nach Neosalvarsan. (Aderlaß, Kochsalzinfusion und Lumbalpunktion.) Von Gustav Stümpke 527
Lusal, internes Antiluetikum. Von J. Odstrčil 531
Zum Albargin-Pyrogallolbild und über Nuklein- und Nukleinsäurereagentien. Von Josef Schumacher 543
Symptome und Diagnose der Lepra, mit Bericht über Krankheitsfälle. Von Howard Morrow und A. W. Lee 546
Originäre Kuhpocke oder Impetigo (Bockhart)? Von G. Nobl 559
Syphilis erosiva. Von Ernst Levin 567
Prophylaxe der Gonorrhoe bei Männern. Von Hans Hofmann 570
Weitere Erfahrungen über die Heilung der plastischen Induration des Penis durch Röntgenbestrahlung. Von Galewsky und Weiser 575
Das Verhältnis der Wassermannschen Reaktion bei Syphilis ignorée. Von Harald Boas 581
Beitrag zu den strichförmigen und zoniformen Hauterkrankungen. Von Paul Unna 591
Zur Behandlung chronischer Staphylokokkenerkrankungen der Haut. Von Ernst Friedrich Müller 600
Über das Vorkommen der Flughautbildung beim Menschen. Von Erich Ebstein 607
Leitsätze des Ärztekurses über „Erkenntnis und Behandlung der primären Syphilis". Von Ed. Arning und E. Jacobsthal 614
*Zur Kontraluesin-Behandlung im Felde. Von Ed. Richter 615
Bemerkungen zu dem Aufsatz von Sommerfeldt über Kollargolbehandlung der Gonorrhoe. Von Leo v. Zumbusch 623
Anwendung und Wirkung des Terpentins bei der parenteralen Injektion. Von Alfons Grabisch 624
Eine Gefahr der Beratungsstellen. Von v. Notthafft 627
Lugolsche Lösung zur Feststellung der Tripperheilung. Von B. G. Gross 639
Zur Frage des Exanthema folliculare acneiforme. Von Carl Mense 641
**Das Bielefelder Verfahren zur Bekämpfung der Prostitution. Von Bozi 642
Künstliche Querfurchenbildung der Nägel. Von Erhard Riecke 655
Beiträge zur Geschichte der Lepra Von Douglass W. Montgomery 661
Zur Gonorrhoeprophylaxe. Von Carl Bruck 668
Oedema Quincke mit Ausgang in nekrotisierende Entzündung und Atrophie. Von C. Kreibich 671
Über Haarfärbekunst. Von C. Müller 674
Eine bis jetzt unbeschriebenes Symptom der Psoriasis. Ein Schlüssel zu ihrer Pathogenese. Von Fr. Šamberger 687, 708
Zur Eindämmung der Syphilis. Von J. Bauer und E. Delbanco 696

Digitized by Google

Seite
Über die Tiefenwirkung des Trypaflavins. Von Arthur Abelmann und R. E. Liesegang 697
Vergleichende Tot-Lebend-Färbung. Von P. G. Unna 703
Die Röntgenbehandlung der parasitären Erkrankungen des behaarten Kopfes im Kriege. Von Leopold Freund 719
Über mikroskopische Befunde bei Psoriasis vulgaris. Von Sigismund Peller . . 735
Erwägungen über die Versuche, die Gonorrhoe mittels Wärme zu beeinflussen. Von Curt Cronquist 737
Erfahrungen mit Radiumbehandlung. Von Franz v. Krzysztalowicz 751
Strahlende Energie in der Behandlung der Hautkrankheiten. Von Everett S. Lain 759
Über Abszesse nach intramuskulären Injektionen von Hydrargyrum salicylicum mit verunreinigtem Paraffin. Von A. Buschke 764
Lichen chronicus simplex (Vidal) als Vorläufer neurotischer Alopezie. Von G. Nobl 767
Eine neue Behandlungsmethode der Bartholinitis. Von Max Hesse und Adolf Auer 771
Zur Behandlung der Trichophytien. Von Antoni 775
Tuberculosis cutis ulcerosa serpiginosa universalis. Von Paul von der Porten 783
Kritische Studien über Wassermann- und Luetin-Reaktion nach Untersuchungen an 500 Fällen. Von H. L. Mc Neil 785
II. Kriegstagung der Südwestdeutschen und Reinisch-Westfälischen Dermatologen am 28. und 29. September in Frankfurt a. M. Von A. Sack 791
Experimentelle Studien zu Ehrlichs Salvarsantherapie der Spirochätenkrankheiten und über neue Salvarsanpräparate. Von W. Kolle 799
Untersuchungen über die Wirkung der Milchinjektionen auf den Verlauf des weichen Schankers. Von Josef Guszman 807
Über Latenzstadien bei einer chronischen Pilzerkrankung. Von Marie Kaufmann-Wolf 812
Zur Gonorrhoeprophylaxe. Von Hans Hofmann 813
Über Liquorveränderungen bei Alopecia syphilitica und Leucoderma syphiliticum. Von Richard Frühwald 815
Untersuchungen über die syphilitische Ätiologie der Appendizitis. Von Harald Boas und Ove Wissing 823
Zur Kenntnis der Immunität bei Hautpilzerkrankungen. Von Ernst Friedrich Müller 825
Die perineale Prostatektomie mit lateraler Inzision. Von Wilms 831
Pityriasis lichenoides chronica. Von Fred Wise 837
Pathologisch-anatomische Veränderungen des Zentralnervensystems bei akquirierter und kongenitaler Syphilis. Von Friedrich Wohlwill 843
Neoichthargan. Von P. G. Unna 847
Erfahrungen über Milchtherapie bei Hautkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung parasitärer Hauterkrankungen. Von Alfred Kraus 857

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 571
Annales des Maladies Vénériennes 648
Archiv für Dermatologie und Syphilis 646
Dermatologia 777
Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle 523
Dermatologische Zeitschrift 646, 717, 731
Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten 780, 796, 829, 845
Zeitschrift für Urologie 683

Personalien: 478. 494. 526. 542. 558. 574. 590. 638. 654. 670. 686. 702. 718. 814.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

27. Juli 1918 | Nr. 30 | Band 67

Aus der dermatologischen Abteilung des Charlottenburger städt. Krankenhauses.
(Leit. Arzt: Prof. C. Bruhns.)

Zur Behandlung der Gonorrhoe mit intravenösen Kollargolinjektionen.

Von

Dr. Sommerfeldt, Assistenzarzt.

In Nr. 3 der M. m. W., 1918, sind von Menzi aus der Münchener Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten interessante Mitteilungen über Behandlung weiblicher Gonorrhoe mit intravenöser Kollargolinjektion gemacht worden. Falls die neu angegebene Therapie von Erfolg sein sollte, würde sie allerdings die bisherige Behandlung, schon wegen ihrer Einfachheit, völlig umgestalten.

Um die Wirkung des Kollargols auf die Gonokokken festzustellen, haben wir in den letzten Monaten an 52 Fällen von Gonorrhoe, und zwar vorwiegend bei Männern, Injektionen vorgenommen. Die einzelnen Fälle wurden nicht ausgesucht, sondern kamen so zur Behandlung, wie die Aufnahme ins Krankenhaus erfolgte.

Kollargolinjektionen erhielten 42 Männer und 10 Frauen. Bei den Männern handelte es sich in 16 Fällen um unkomplizierte Urethritis gonorrhoica anterior, in 26 Fällen auch um posterior mit Prostatitis und teilweise Epididymitis. Bei den Frauen waren in zwei Fällen nur in der Urethra Gonokokken nachweisbar, in acht Fällen lag Zervixgonorrhoe und Urethritis gonorrhoica vor.

Wir haben, ebenso wie Menzi, eine 2 %ige sterile Kollargollösung in Anwendung gebracht. Die Injektionen in die Armvene geschahen jeden zweiten Tag; es wurde mit 2 ccm begonnen und die nächste Dosis jedesmal um 1 ccm gesteigert. Im allgemeinen haben wir 6 ccm als Einzelinjektion nicht überschritten; nur bei drei Fällen wurden bis 10 ccm gegeben. Außerdem wurde aus äußeren Gründen lokale Behandlung mit Zink. sulf. verordnet.

Die Allgemeinreaktion war bei den einzelnen Patienten verschieden. Etwa 25 % hatten keine besonderen Erscheinungen, während sich bei 75 % Temperaturanstieg bis 38° und Kopfschmerzen einstellten; einige reagierten auch mit Schüttelfrost, Fieber bis 40,5, Brechneigung und Angstzuständen. Am nächsten oder übernächsten Tage, oft schon nach einigen Stunden, waren die Erscheinungen meist wieder abgeklungen. Bei sechs Patienten waren indessen die Nebenwirkungen (hohes Fieber, anhaltendes Erbrechen) doch so intensiv, daß die weitere Behandlung mit Kollargol abgesetzt wurde.

Digitized by Google

Von den oben angegebenen 52 Patienten fallen also zunächst schon sechs fort. Von den 46 weiter mit Kollargol behandelten Fällen konnten wir bei elf das baldige Verschwinden der Gonokokken beobachten, und zwar wurden diese Kranken bereits nach der zweiten bis vierten Injektion negativ und blieben es auch. Die Beobachtung dieser Patienten konnte, vom Verschwinden der Gonokokken an gerechnet, drei Wochen, in einem Falle acht Wochen fortgesetzt werden, teilweise wurden in dieser Zeit auch Provokationsversuche mit Heizsonde und Dehnung vorgenommen. Bei einzelnen anderen Patienten verschwanden zwar die Gonokokken während der Behandlung vorübergehend auf 2—8 Tage, erschienen dann aber wieder reichlich.

Bei 32 Patienten waren Gonokokken trotz erneuter Kollargolinjektionen im mikroskopischen Präparat immer wieder nachweisbar, so daß nach einer mindestens 1—2wöchigen Kollargolbehandlung zu Albargineinspritzungen übergegangen wurde. Bei antiseptischen Einspritzungen ist doch bei der größten Mehrzahl der männlichen Fälle zu beobachten, daß schon nach etwa 3—4 Tagen die Gonokokken in den mikroskopischen Stichproben entweder ganz verschwinden oder doch wenigstens sehr an Zahl vermindert sind. Da das aber bei mehr als $^3/_4$ aller unserer mit Kollargol behandelten Fälle nicht eintrat, hielten wir es auch nicht für zweckmäßig, noch an mehr als den 52 erwähnten Fällen die so wenig aussichtsreiche Methode fortzusetzen.

Es ist immerhin möglich, daß die nachher bei antiseptischer Behandlung eingetretene schnelle Heilung zum Teil mit auf die vorangegangenen Kollargolinjektionen zurückzuführen ist. Es wäre dann die Behandlung als eine kombinierte aufzufassen.

Aber doch ist die Wirkung des Kollargols nach unseren Erfahrungen eine so unsichere, daß es sich kaum empfehlen würde, etwa alle akuten Gonorrhoefälle von vornherein kombiniert zu behandeln.

Dazu kommt, daß die Erscheinungen von Schüttelfrost, Fieber und Brechneigung, die bei uns nach den Injektionen einwandfrei beobachtet wurden, ein Zeichen dafür sind, daß das Kollargol keineswegs als ganz harmlos angesprochen werden kann.

Wir sind also zu dem Ergebnis gekommen, daß die Behandlung der akuten Gonorrhoe mit intravenösen Kollargolinjektionen der gewöhnlich üblichen, lokalen antiseptischen Behandlung an Wirkung meist bedeutend nachsteht. Eine allgemeine Behandlung mit Kollargol ist deshalb nicht zu empfehlen.

Da aber dem Kollargol in einigen Fällen eine gewisse gonokokkentötende Wirkung nicht abzusprechen ist, so käme in Betracht, daß in besonders resistenten Fällen, in denen die Gonokokken bei der gewöhnlichen antiseptischen Therapie nicht weichen wollen, die intravenösen Kollargolinjektionen in Kombination mit der lokalen Behandlung angewendet werden.

Digitized by Google

Aus der internen Abteilung des bosnisch-herzegowinischen Landesspitales in Sarajevo.

Mitteilungen über Viszeralsyphilis.

Von

Prof. Dr. L. Ritt. v. Korczyński.

(Schluß.)

An die syphilitischen Hirnerkrankungen sich anschließende Rückenmarksyphilis war während des in Frage kommenden Zeitraumes durch 10 Fälle vertreten. Die allgemein bekannte Variabilität der Symptomatologie syphilitischer Myelitiden ist auch an diesen Fällen zum vollen Ausdruck gekommen. Umstehend bringen wir eine Zusammenstellung der Beobachtungen, in der die wichtigsten Störungen der Nervenfunktion für einen jeden Fall eingetragen wurden.

Bei der Prüfung der krankhaften Erscheinungen zur Deutung des Sitzes der Rückenmarksschädigung stellt sich zu allererst heraus, daß der Prozeß nicht auf bestimmte Abschnitte oder gewisse Bahnen der Medulla spinalis sich gehalten hat. Am einfachsten ist das klinische Bild in dem zuerst verzeichneten Falle gewesen. Man wird da sehr lebhaft an die Erscheinungen der Myelitis transversa erinnert. Die nächstfolgenden vier Fälle haben sich durch einige der Tabes eigene Züge ausgezeichnet. Es haben da Anzeichen von Gleichgewichtsstörungen und Störungen der Sensibilität, wenn auch nur subjektiver Natur, in drei Fällen Pupillenanomalien, in zwei Fällen gastrische Krisen bestanden. Beachtenswert dürfte die im Falle 4 verzeichnete, mit vasomotorischen Störungen zu erklärende Zyanose erscheinen. In zwei Fällen (4 und 5) konnten Kniereflexe und Achillessehnenreflexe nicht ausgelöst werden. Zwei andere haben sich in dieser Beziehung anders verhalten. Im Falle 2 fanden sich gesteigerte Reflexe vor, im Falle 3 sind sie bald normal, bald zu schwach erschienen. Abgesehen von durch Störung des Gleichgewichtes bedingter Unsicherheit des Ganges fanden sich auch direkt paretische Erscheinungen vor. Bei einem der Kranken ist nur ein Bein, bei zwei anderen sind beide Beine merklich schwächer gewesen.

Die übrigen fünf Fälle zeichneten sich durch mehr oder weniger stark ausgesprochene spastische Erscheinungen aus, ganz besonders deutlich ist der krampfhaft gesteigerte Muskeltonus bei gleichzeitiger Schwäche der Beine in den Fällen 8, 9 und 10 gewesen. Zwei andere Kranke (Fall 6 und 7) haben durch ausgeprägtes Intentionszittern und durch eigenartige Störung der Aussprache an das Bild der Insularsklerose erinnert. Die bekannten Augensymptome und auch andere zerebrale Störungen haben hier jedenfalls gefehlt. In keinem dieser fünf Fälle wurden sensible Störungen vermißt.

Es darf nicht unbetont bleiben, daß die Kranken genau zur Hälfte über Schmerzen in der Wirbelsäule geklagt haben, und zwar sowohl bei Bewegungen, als auch bei Druck auf die Wirbelkörper. Aus diesem

Digitized by Google

Lfde. Nr.	Name und Alter	Motorische Störungen	Verhalten der Reflexe
1.	Margeta W. 42 J. alt	Lähmung der Beine; die Kranke ist ganz außerstande zu gehen.	Am Oberkörper normal. Kniereflex und Achillessehnenreflex erloschen.
2.	Karoline Z. 32 J. alt	Ungleichheit der Pupillen, äußerst träge Lichtreaktion, unsicherer Gang, Gleichgewichtsstörung bei geschlossenen Augen. Schwäche des rechten Beines.	Kniereflex gesteigert, rechts stärker.
3.	Nikola S. 38 J. alt	Schwäche der unteren Extremitäten.	Reflexe an unteren Extremitäten wechselnd. Westphal bald normal, bald schwach.
4.	Andrija F. 28 J. alt	Unsicherer, ataktischer Gang, starkes Wanken bei geschlossenen Augen. Pupillen eng, Lichtreaktion schwach.	Achillessehnenreflex u. Kniereflex erloschen. Hautreflexe sehr lebhaft.
5.	Sophie F. 40 J. alt	Schwäche der unteren Extremitäten, unsicherer ataktischer Gang. Pupillen sehr eng, keine Lichtreaktion.	Achillessehnen- u. Patellarreflex erloschen.
6.	Stana R. 26 J. alt	Ausgesprochenes Intentionszittern, Muskelzuckungen. Muskelkraft gut. Gang merklich erschwert.	Sehnen- und Muskelreflexe etwas gesteigert.
7.	Sida A. 23 J. alt	Starkes Zittern bei intendierten Bewegungen, wodurch jede Handarbeit und auch das Gehen unmöglich werden. Erschwerte stotternde Sprache.	Sehnenreflexe namhaft gesteigert.
8.	Franz S. 60 J. alt	Schwäche der Beine, spastisch-paretischer Gang. Zittern, besonders stark bei intendierten Bewegungen.	Sehnenreflexe sehr bedeutend gesteigert, desgleichen Muskelreflexe.
9.	Mehmed H. 25 J. alt	Schwäche der Beine, das Gehen nur mit 2 Stöcken möglich, spastisch-paretisch. Gesteigerter Muskeltonus.	Sehnen- und Muskelreflexe stark gesteigert.
10.	Horan G. 36 J. alt	Parese der unteren Extremitäten, rechts stärker ausgeprägt, mit spastischen Erscheinungen.	Patellar- und Achillessehnenreflexe bis zum Tonus gesteigert.

Umstand ist zu schließen, daß luetische Veränderungen sich auch auf die Rückenmarkshäute erstreckt haben.

In Würdigung außer jedem Zweifel stehender luetischer Genese der Tabes und der progressiven Paralyse kommt uns nicht unangebracht vor, auch diese Erkrankungen in den Kreis unserer Betrachtungen über die Nervensyphilis aufzunehmen, und das um so mehr, nachdem in sämt-

Digitized by Google

Sensibilitätsstörungen	Viszerale Störungen	Anmerkungen
Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule, Parästhesien am Bauch und an unteren Extremitäten.	Blasenlähmung.	Nach 4wöchiger Behandlung merkliche Besserung.
Gürtelgefühl. Wirbelsäule bei Druck schmerzhaft.	Gastrische Krisen.	Nach 7 Wochen sämtliche subjektiven Störungen verschwunden.
Parästhesien.	Gastrische Krisen.	Nach 4wöchiger Behandlung ohne jegliche Störungen entlassen.
Parästhesien, reißende Schmerzen im Thorax und unteren Extremitäten, Hyperalgesie der Haut.	Keine. Auffallende Zyanose der Finger u. Zehen.	Nur 8 Tage in Beobachtung gestanden.
Reißende, anfallsweise sich einstellende Schmerzen in den Beinen, objektiv keine Abnahme der Sensibilität, eher Hyperästhesie und Hyperalgesie.	Hartnäckige Stuhlverstopfung. Blasenfunktion normal.	Sehr guter Erfolg der Behandlung. Die Kranke wurde durchaus arbeitsfähig.
Spontane und Druckschmerzen der Wirbelsäule. Namhafte Hyperästhesie der Haut.	Relative Schwäche des Blasenschließers.	Nach fast 12wöchiger Behandlung an vollständige Heilung grenzende Besserung.
Massige Überempfindlichkeit der Haut.	Hartnäckige Obstipation.	Nur 11 Tage in Behandlung, trotzdem unverkennbare Besserung.
Gürtelgefühl, lancinierende Schmerzen.	Obstipation, Blasenfunktion ungestört.	Nach 6wöchiger Behandlung Besserung.
Lancinierende Schmerzen, Wirbelsäule druckschmerzhaft. Hyperästhesie von der Nabelhöhe herab.	Keine.	Fast 3 Monate in Behandlung gestanden. Weitgehende Besserung.
Rheumatoide Schmerzen in den Beinen. Gürtelgefühl. Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule.	Keine.	Nach 3 Monaten arbeitsfähig entlassen.

lichen hierzu gehörenden Fällen die überstandene Lues durch positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion, zum Teil auch durch direkte Geständnisse der Kranken sichergestellt wurde.

Das Material, welches während des in Frage kommenden Zeitraumes gesammelt wurde, setzt sich aus 17 Beobachtungen zusammen.

Aus den Eintragungen in nachstehender Tabelle (Tab. 4) ist das starke

Digitized by Google

Überwiegen der Männer über die Frauen, der städtischen Bevölkerung über die ländliche ersichtlich. Der Konfession nach nehmen den ersten Platz die Katholiken, den zweiten die Orthodoxen, den dritten die Islamiten ein. Aus dem Vergleich der Frequenz der autochthonen und der fremden Kranken geht unzweideutig das Zurückstehen der zuerst genannten hervor. Die geringe Anteilnahme an metasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems der Einheimischen, die bereits früher erkannt wurde, läßt sich auch an der Hand unserer jüngsten Beobachtungen behaupten.

Tabelle 4.

Alter der Kranken					Männer	Frauen	Autochthone	Fremde	Röm.-kath.	Orthodoxe	Islam	Stadtbevölkerung	Landbevölkerung
35—40 Jahre	41—45 Jahre	46—50 Jahre	51—55 Jahre	56—60 Jahre									
5	4	4	2	2	16	1	7	10	8	5	4	14	3
29,41 %	23,52 %	23,52 %	11,76 %	11,76 %	93,52 %	6,48 %	41,17 %	58,81 %	47,06 %	29,41 %	23,52 %	82,35 %	17,64 %

Die meisten Kranken haben im guten Mittelalter gestanden. Auf die Lebensjahre von 35—50 entfallen 76,45%; auf das sechste Lebensdezennium nur noch 23,55%.

Dem Berufe nach wurden verzeichnet:

Amtsdiener	1	Übertrag	10
Arbeiter	1	Kondukteur	1
Bauunternehmer	1	Köchin	1
Geistlicher	1	Landwirte	3
Handwerker	5	Lehrer	1
Kaufmann	1	Polizist	1
	10	Zusammen	17

Die Luesinfektion wurde von sechs Kranken eingestanden. Bei weiteren vier durfte sie auf Grund indirekter Aussagen als zum wenigsten sehr wahrscheinlich hingestellt werden. Aus diesen zehn Fällen lassen sich 58,8% berechnen, somit nahe 20% mehr, wie dies für die eigentliche Neurosyphilis festgestellt werden konnte.

Der Zeitraum zwischen der Infektion und dem Momente, zu dem seitens der Kranken Nervenstörungen bemerkt wurden, hat in zwei Fällen je 13, in je einem Falle 8, 9, 10 und 15 Jahre betragen. Es stimmt dies ganz gut mit den früheren in dieser Richtung gemachten Erfahrungen.

Die Beziehungen zwischen dem Alter und dem Einsetzen der Krankheit sind aus nachstehender Zusammenstellung ersichtlich.

Digitized by Google

Beginn	im	Alter	von	25—30	Jahren	.	.	.	.	1	mal
„	„	„	„	31—35	„	.	.	.	.	—	„
„	„	„	„	36—40	„	.	.	.	.	4	„
„	„	„	„	41—45	„	.	.	.	.	6	„
„	„	„	„	46—50	„	.	.	.	.	—	„
„	„	„	„	51—55	„	.	.	.	.	—	„
„	„	„	„	56—60	„	.	.	.	.	1	„
				unsichere	Angaben	.	.	.	.	5	„
									Zusammen	17	Fälle.

Es liegt in der Natur der Sache, daß die meisten Beobachtungen aus der Krankheitsgruppe, mit der wir uns eben befassen, der Tabes angehören. Die Fälle von progressiver Paralyse und Taboparalyse finden sich auf der internen Abteilung äußerst selten und nur vorübergehend vor. In der Regel finden sie die Unterkunft in der Anstalt für Geisteskranke. Während der Berichtsperiode hat es davon nur drei Fälle gegeben. Wir gehen auf dieselben nicht näher ein und wollen nur noch an der Hand nachstehenden tabellarischen Verzeichnisses die wichtigsten klinischen Züge des Tabesmateriales überblicken.

Aus der Durchsicht der Eintragungen läßt sich erkennen, daß unsere Tabeskranken mit einigen Ausnahmen schon im vorgerückten Stadium zur Untersuchung gekommen sind. Bis auf die Fälle 2, 6, 8, 11, 14 wurden sonst überall ausgesprochene Gleichgewichtsstörungen mit deutlichem Rombergschem Symptom und hoch ataktischem Gang festgestellt. Im Falle 10 ist man berechtigt gewesen vom paretischen Stadium zu sprechen.

Der vorherrschende ist der Grundtypus der Tabes, die lumbodorsale Form gewesen. In drei Fällen haben als Ausdruck starker Beteiligung des Lendensegmentes ausgesprochene Störungen der Blasen-, zum Teil auch der Mastdarm- und der Geschlechtsfunktion bestanden. Gastrische Krisen namhafter Intensität wurden ebenfalls bei drei Kranken notiert. In denselben Fällen haben sich starke lancinierende Schmerzen und eigenartige Hauthyperästhesien im Bereiche des Brustkorbes gefunden. Beides ist man geneigt, auf der Tabes eigene Veränderungen im Brustsegment des Rückenmarkes zurückzuführen. Neurotrophische Störungen in der Form perforierender Geschwüre haben zwei Kranke gezeigt. Ebenfalls bei zwei Kranken wurde beginnende Atrophie der Sehnerven gefunden.

Mit der Schilderung der Tabesfälle sind wir zum Abschluß unserer Mitteilungen über Viszeralsyphilis gekommen. Das Studium des betreffenden Krankenmaterials ließ uns erkennen, daß auf luetischem Boden entstandene interne Erkrankungen auch hierzulande nicht gerade selten anzutreffen sind. Ganz besondere Beachtung verdienen da in erster Linie die Erkrankungen der Aorta und des Herzens, in zweiter die Nervensyphilis und die metasyphilitischen Prozesse des Zentralnervensystems. Interne Syphilis anderweitiger Lokalisation gehört auch bei uns in die Reihe durchaus sporadischer, seltener Erscheinungen. Am häufigsten kann da noch der Lebersyphilis begegnet werden.

Sollte zu allerletzt noch die Frage aufgeworfen werden, in was für einem numerischen Verhältnis die Viszeralsyphilis der Syphilis im allgemeinen gegenübersteht, so müssen wir offen gestehen, daß wir nicht

Digitized by Google

Lfde. Nr.	Name und Alter	Verhalten der Pupillen	Sensible Reizerscheinungen	Objektive Empfindungsstörungen
1.	Dušan D. 46 J. alt.	Eng, zeitweise lichtstarr.	Gürtelgefühl, lancinierende Schmerzen.	Anästhetische u. hypästhetische Zonen am Rumpf.
2.	Josef A. 38 J. alt.	Anisokorie, Lichtstarre rechts.	Rheumatoide Schmerzen in den Beinen.	Angedeutet, Angaben unsicher.
3.	Nikola C. 43 J. alt.	Anisokorie, Lichtstarre.	Lancinierende Schmerzen.	Hypästhetische Zonen, verspätete Perzeption der sens. Reize.
4.	Alija C. 40 J. alt.	Entrundet, Anisokorie, links kein Lichtreflex.	Parästhesien, lancinierende Schmerzen.	Anästhesie und Analgesie an beiden Unterschenkeln.
5.	Ibrahim J. 40 J. alt.	Eng, lichtstarr.	Lancinierende Schmerzen, besonders stark im Brustkorb.	Berührungshyperästhesie am Thorax, Anästhesie und Analgesie der Unterschenkel.
6.	Dušan J. 40 J. alt.	Anisokorie, Lichtstarre.	Gürtelgefühl.	Hyperästhetische Zonen am Thorax, hypästhetische an den Unterschenkeln.
7.	Franz St. 58 J. alt.	Eng, lichtstarr.	Lancinierende Schmerzen.	Anästhetische Zonen am Bauche und an unteren Extremitäten.
8.	Marko K. 42 J. alt.	Anisokorie. Lichtstarre.	Ziehende Schmerzen in den Rumpf- und Beinmuskeln.	Unsichere Angaben.
9.	Mujaga M. 52 J. alt.	Eng, kaum merklicher Lichtreflex.	Gürtelgefühl, rheumatoide Schmerzen.	desgl.
10.	Mile K. 50 J. alt.	Lichtreflex erloschen.	Gürtelgefühl, starke lancinierende Schmerzen.	Ausgebreitete Störungen der Oberflächen und Tiefsensibilität.
11.	Marie G. 45 J. alt.	Entrundet, eng, lichtstarr.	Rheumatoide Schmerzen.	Hyperästhetische Zonen am Bauche und an unteren Extremitäten.
12.	Alija B. 41 J. alt.	Lichtstarr.	Gürtelgefühl, lancinierende Schmerzen.	desgl.
13.	Luka M. 39 J. alt.	Eng, lichtstarr.	Lancinierende Schmerzen.	Anästhetische Zonen am Rumpfe.
14.	Joro G. 48 J. alt.	Anisokorie, Lichtstarre.	Rheumatoide Schmerzen.	Hypästhetische Zonen am rechten Bein und am linken Unterschenkel.

Digitized by Google

Verhalten des Körpergleichgewichts	Verhalten der Sehnenreflexe u. d. Muskeltonus	Viszerale Krisen	Mastdarm und Blase	Trophische Störungen	Anderweitige Störungen
Gang ataktisch. Romberg deutlich.	Kniereflex und Achillessehnenreflex erloschen. Muskeltonus herabgesetzt.	keine	normal	keine	—
Romberg angedeutet, der Gang ungestört.	Sehnenreflex an unt. Extr. nicht auslösbar.	keine	normal	keine	—
Romberg sehr deutlich, der Gang ataktisch.	Sehnenrefl. erloschen. Deutliche Hypotonie.	keine	normal	keine	—
Romberg positiv. Gang ataktisch.	desgl.	keine	Zeitweise Harninkontinenz	keine	Schwerhörigkeit. Kein Wollustgefühl bei Koitus.
Stark ausgespr. Romberg, hochgradige Ataxie.	desgl.	Gastrische Krisen	normal	keine	Der Kranke vermag nur noch mit Krükken zu gehen.
Romberg angedeutet, der Gang etwas unsicher.	Sehnenrefl. erloschen, Muskeltonus annähernd normal.	Gastrische Krisen	normal	keine	—
Romberg positiv, Gang ataktisch.	Sehnenrefl. erloschen, Hypotonie.	keine	normal	Geschwür am linken Fuß	—
Romberg positiv, der Gang unsicher.	Achillessehnenrefl. beiderseits erloschen, Kniereefl. r. erloschen, l. sehr schwach.	keine	normal	keine	Parese des rechten M. rect. intern.
Romberg positiv, Gang ataktisch.	Sehnenreflexe erloschen, Hypotonie.	keine	normal	keine	Beginnende Atrophie der Optici.
desgl.	desgl.	keine	Blasenlähmung	Geschwür i. d. Kreuzgegend	Seit einigen Wochen Lähmung d. Beine.
Romberg positiv, Gang unsicher.	Sehnenreflexe erloschen, Muskeltonus herabgesetzt.	keine	normal	keine	Beginnende Atrophie der Optici.
desgl.	desgl.	keine	Blasenlähmung	keine	—
desgl.	desgl.	Gastrische Krisen	normal	keine	—
Romberg angedeutet, Gang kaum verändert.	Sehnenreflexe erloschen, Muskeltonus wenig herabgesetzt.	keine	normal	keine	—

Digitized by Google

in der Lage sind, an der Hand unserer Spitalserfahrungen eine gut begründete Antwort zu geben. Es fehlen uns dazu zahlenmäßige Prämissen. Wird nun aber in Betracht gezogen, daß Bosnien und die Herzegowina seinerzeit als stark mit Syphilis durchseuchte Länder gegolten haben, und daß die Krankheit auch jetzt, trotz systematisch betriebener und nicht erfolgloser Bekämpfung, noch immer, wenigstens in einzelnen Bezirken, endemisch auftritt, so wäre man geneigt, die Frequenz der Viszeralsyphilis als relativ niedrig zu bezeichnen. Hoffentlich wird sie mit fortschreitender Abnahme frischer Ansteckungen und weiterer Hebung des kulturellen Niveaus breiter Volksschichten, mit Wachsen des Verständnisses für die ärztlichen Maßnahmen beim Volke in späteren Jahren und bei späteren Generationen noch weiter herabgedrückt werden können, wohl unter der Voraussetzung, daß sich keine störenden Momente dazwischenlegen.

Edmund Lesser †.

Nur zwei Jahre hat Lesser seinen Freund Albert Neisser — dem ich auch an dieser Stelle im Auftrag der Redaktion dieser Zeitschrift Worte des Gedenkens gewidmet habe — überlebt. Am 5. Juni 1918 ist er ohne Todeskampf wahrscheinlich an einer Myokarditis oder Koronarerkrankung aus dem Leben gegangen.

Lesser erkrankte etwa Mitte Dezember 1917 an einer typhusähnlichen, aber ohne Darmerscheinungen verlaufenden, fieberhaften Krankheit, die möglicherweise auf Vergiftung durch Nahrungsmittel zurückzuführen war. Von dieser langdauernden Krankheit konnte er sich nicht völlig erholen, und auch eine Reise nach Baden-Baden brachte ihm nicht die gewünschte Heilung. Zwar schien es, als er zurückkehrte und Mitte Mai einen kurzen Versuch machte, seine klinische Tätigkeit wieder aufzunehmen, als wenn seine Natur gesiegt hätte. Es war aber eine Täuschung, denn sehr schnell mußte er wegen starker Herzbeschwerden seine Tätigkeit wieder aufgeben.

Edmund Lesser wurde am 12. Mai 1852 in Neiße geboren, wo sein Vater damals Auskultator, nach unserer jetzigen Nomenklatur Assesor am Gericht, war. Er besuchte dann die Schulen in Magdeburg, Posen, Berlin, in welche Städte ihn die Karriere seines Vaters, der dann später als Reichsgerichtsrat nach Leipzig berufen wurde, führte. Von 1871 an studierte er dann zuerst in Berlin, darauf in Bonn und Straßburg, hier mit seinen Jugendfreunden Hans Virchow, Posner, Goldschmidt eine frohe, seinem lebensfreudigen Temperament entsprechende Studentenzeit verlebend, während er sehr bald schon, zusammen mit Richard Hertwig in Bonn bei Max Schultze wissenschaftlich arbeitete und zwar über Rhizopoden und diesen nahestehenden Organismen. 1874—1877 studierte er dann in Straßburg, wo er promovierte und sein Staatsexamen absolvierte. Gleich nach dem Staatsexamen erwachte sein Interesse für sein späteres Spezialfach, und er ging für kurze Zeit nach Wien zu dem Altmeister der Dermatologie Hebra, der ihn damals schon auf Oskar Simon als einen der tüchtigsten Vertreter des Faches hinwies. Nachdem er dann in Berlin seiner Dienstpflicht genügt hatte, wurde er zunächst Assistent Senators im Augusta-Hospital und trat dann Ende 1879 bei Oskar Simon als Assistent ein, wo er eine Zeitlang mit Neisser zusammen war und mit ihm die Freundschaft schloß, die für das ganze Leben dauern sollte. Als Simon schwer erkrankte, vertrat ihn Lesser bereits in der Leitung der Klinik; und als nach Simons frühem Tode Neisser, der inzwischen nach Leipzig berufen war, Simons Stelle übernahm, habilitierte sich Lesser 1882 in Leipzig und begründete dort eine private Poliklinik. 1892 wurde Lesser als außerordentlicher Professor und Direktor der dermatologischen Klinik nach Bern berufen. 1896 wurde er, nachdem Neisser auf die Berliner Stellung verzichtet hatte, Nachfolger Lewins in der Leitung der Syphilisklinik der Charité, während die Hautabteilung sich in den Händen Schwe-

Digitized by Google

NINGERS befand, welcher sie nach einigen Jahren LESSER wieder abtrat. LESSER war auch hier Extraordinarius. 1897 begründete er die Universitätspoliklinik im Anschluß an die stationäre Abteilung der Charité, zu welcher nachher das Licht- und Röntgeninstitut hinzutrat. Inzwischen hatte sich die offizielle Wertschätzung der Dermatologie seitens der Regierung wesentlich gebessert. Es wurde auch offiziell erkannt, welche Wichtigkeit der Dermatologie für die öffentliche Hygiene und die gesamte Volksgesundheit zukam, und man entschloß sich endlich auch in Deutschland, wie es im Auslande schon lange der Fall gewesen war, Ordinariate für das Fach zu schaffen. Nachdem dann NEISSER zuerst Ordinarius geworden war, wurde auch LESSERS Stelle in ein Ordinariat umgewandelt. Während des Krieges betätigte sich LESSER, solange es ihm seine Gesundheit gestattete, als dermatologischer Fachbeirat des Gardekorps. Sein Institut beteiligte sich in weitgehendstem Maße an der Untersuchung und Behandlung geschlechtskranker Soldaten.

Wenn wir nach dieser kurzen Skizzierung des Lebensganges unseres verstorbenen verehrten Lehrers seine fachliche Tätigkeit betrachten, so steht hier im Gegensatz zu seinem Freunde NEISSER, bei dem zahlreiche wissenschaftliche Probleme, die sozialen und organisatorischen Aufgaben in erster Linie das Leben ausfüllten und in zweiter Linie erst seine praktisch-ärztlichen Interessen und seine Betätigung als Lehrer hinzutraten, bei LESSER die praktische und Lehrtätigkeit im Brennpunkt seines Lebens. LESSER war eine besonders auf das Praktische seines Faches gerichtete Natur, der zwar für rein wissenschaftliche Fragen, theoretische Probleme und Hypothesen wohl Interesse hatte und auch bei seinen Schülern förderte, aber selbst bei seinen Arbeiten mehr praktisch-klinische Beobachtungen bevorzugte und vor allem die allergrößten Verdienste um unser Fach sich erwarb in seiner Eigenschaft als Lehrer durch Mund und Schrift. So finden wir in seinen eigentlichen Publikationen vorwiegend oder fast ausschließlich klinische Beobachtungen niedergelegt, bei denen wir überall die Zuverlässigkeit der Beobachtung, die Exaktheit und Klarheit der Darstellung, die kritische Verwertung der Erfahrungen und Schlüsse anderer und die vorsichtige Zurückhaltung in den eigenen Schlußfolgerungen feststellen. Hierher gehören seine Mitteilungen über den Herpes zoster, bei dem er darauf hinwies, daß auch der periphere Nerv die primäre Erkrankung abgeben könne, ferner er zuerst die regelmäßige Erkrankung der zugehörigen Lymphdrüsen erwähnte, die Mitteilungen über die Ringelhaare und die dabei auftretende Komedonenbildung, seine mit BENEKE zusammen abgefaßte Arbeit über das Lymphangioma tuberosum multiplex, bei dem er anscheinend schon damals zu der Auffassung hinneigte, daß es sich um eine epitheliomatöse Geschwulst handle, im Gegensatz zu seinem Mitarbeiter, der von dem endothelialen Charakter der Geschwulstzelle überzeugt war, dann seine Arbeit über die Ichthyosis follicularis. Erwähnen möchte ich ferner seine Mitteilung über die 1886 in Leipzig beobachtete Epidemie von Herpes tonsurans, die ja jetzt gerade für uns gewisses Interesse bietet, seine von großem Scharfblick zeugende, noch in Bern gemachte Beobachtung über die starke Akuität und Schwere tierischer Trichophytieinfektion. Weiter sind von Interesse seine Mitteilungen über die fixen Antipyrrhinexantheme, über welche in Deutschland damals noch wenig publiziert war, über die Urticaria pigmentosa, die Epidermolysis bullosa hereditaria, den Herpes gestationis, das Xeroderma pigmentosum, das Lymphangioma diffusum und die darauf basierende Elefantiasis der unteren Extremität, die Hypertrichosis universalis verbunden mit frühzeitiger Geschlechtsreife. Dazu kommen zahlreiche Demonstrationen von Krankheitsfällen, besonders in der „Berliner dermatologischen Gesellschaft" und Mitteilungen und Diskussionsbemerkungen zu aktuellen Fragen auf dermatologischem Gebiete. In bezug auf die Behandlung der Hautkrankheiten sei noch hervorgehoben, daß er einer der ersten war, welcher die Finsenbehandlung in Deutschland einführte und sie besonders für kleine, oberflächliche Fälle empfahl, während er sonst bei Lupus die Pyrogallusbehandlung, die Exzision und das Arsen innerlich schätzte. In seinem Lichtinstitut führte er, nachdem er am eigenen Arm über die epilierende und unschädliche Wirkung der Röntgenstrahlen einen Versuch angestellt hatte, diese wichtige therapeutische Maßnahme sehr bald ein, ebenso die Radiumbehandlung. Von historischen Arbeiten auf dermatologischem Gebiet seien erwähnt seine Mitteilungen über die Geschichte des Aussatzes in Europa und über Aussatzhäuser im Mittelalter.

Auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten finden wir bezüglich der Gonorrhoe zwei wichtige Mitteilungen: die eine über die Ischias gonorrhoica, und andere, mutmaßlich mit der Gonorrhoe in Zusammenhang stehende Nervenaffektionen, in welcher Arbeit die Hervorhebung des intermittierenden Fiebertypus bei gonorrhoischer Allgemein-

Digitized by Google

erkrankung von Wichtigkeit ist; und zweitens ist in seinem Lehrbuch wichtig der Hinweis auf den Typus der Tripperehe, die Einkinderehe.

Viel mehr beschäftigte sich Lesser mit der Lues. Hier sei hervorgehoben seine 1882 erschienene Arbeit über die Syphilis maligna mit Hervorhebung ihrer eigenartigen therapeutischen Stellung des Versagens von Quecksilber, der Reaktion auf Jod, der Betonung, daß der Alkoholismus als Prädisposition für diese Krankheitsform nichts zu bedeuten habe, irgend welche besondere Kontagien oder epidemiologische Vorgänge, vielleicht ähnlich dem ersten seuchenartigen Auftreten der Lues in Europa für den Charakter der Krankheit in Betracht kämen. Die Technik der Injektion unlöslicher Salze hat er durch den bekannten Lesserschen Handgriff zur Vermeidung von Lungenembolien verbessert, über Quecksilberexantheme, Nekrose der Vaginalwand bei Anwendung unlöslicher Salze berichtet, aber trotz dieser Nebenerscheinungen die unlöslichen Salze für die Behandlung der Lues sehr geschätzt; besonders hat er auch das Kalomel für die malignen Fälle von schwerer tertiärer, Augen- und Knochenlues empfohlen. Vom Atoxyl, das er auch versuchte, kam er wegen der Nebenerscheinungen und der mangelhaften Dauerwirkung sehr bald zurück. Dem Salvarsan wandte er sich nur ganz allmählich zu, bestritt von vornherein die übertriebene Auffassung, daß mit einer Injektion eine Sterilisation zu erzielen sei, und hat auch später, wenn er auch die kombinierte Behandlung als zweckmäßig empfahl, das Quecksilber und Jod für die Behandlung der Lues als die wichtigsten Medikamente sehr hoch geschätzt. Auch der Abortivbehandlung gegenüber verhielt er sich sehr vorsichtig und blieb im wesentlichen bezüglich des Behandlungsmodus bei der intermittierenden Behandlung und bezüglich des Ehekonsenses Syphilitischer bei den früheren Anschauungen.

Während er so als guter Praktiker sehr vorsichtig und kritisch in dieser Frage zu Werke ging, war er bei der Entdeckung der Spirochaeta pallida durch Schaudinn und Hoffmann, die ja zum guten Teil auch in seinem Institut vor sich gegangen war, sofort von der ätiologischen Bedeutung dieses Mikroorganismus für die Lues überzeugt. Aus seiner Klinik gingen außerdem eine ganze Reihe von Arbeiten seiner Schüler hervor, von denen die wesentlichsten kurz erwähnt seien: zunächst auf syphilidiologischem Gebiete neben den oben erwähnten die Spirochaeta pallida betreffenden Untersuchungen die experimentelle Untersuchung über die Infektiosität des Blutes, über die Übertragbarkeit der Spätlues als Bestätigung der Untersuchungen Fingers und Neissers, die Morphologie der Spirochaeta pallida und anderes mehr, ferner auf dem Gebiete der Hautkrankheiten und der Gonorrhoe die abschließenden Arbeiten über die Blastomykose der Haut, die primären Untersuchungen über die Wirkung des Thalliums, über die Funktion der Talgdrüsen, über das Sklerödem der Erwachsenen, die wandernde Venenentzündung, die gonorrhoischen Exantheme, die Tiefenwirkung der Röntgenstrahlen, die Prognose der Vulvovaginitis infantum, der Phlebitis syphilitica, ferner die Untersuchungen über die Lymphogranulomatose und über Leukämie der Haut, über den Lupus erythematodes, über die interdigitalen Mykosen, über Favus und Trichophytie, über die Lymphgefäße der männlichen und weiblichen Genitalien, über die Orientbeule, die Wassermannsche Reaktion, über Knochen- und Gelenkerkrankungen bei erblicher Syphilis, über Fieber und Herxheimersche Reaktion, über Spätikterus nach Salvarsan und anderes mehr.

Lesser hatte für die Arbeiten seiner Schüler großes Interesse, förderte sie durch Erleichterung der Forschungsmöglichkeiten und hat auch oft durch seinen praktischen Blick und seine kluge Kritik zu weitgehende Schlußfolgerungen verhindert.

Sehr wesentlich hat sich Lesser auf dem sozialen Gebiete, der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, betätigt. Schon 1884 übersetzte er das Buch Fourniers über „Die öffentliche Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten", in welchem eine ganze Reihe von Maßnahmen empfohlen wurden, die später Bedeutung erlangten. Merkblätter für Syphilitiker, wie sie jetzt überall üblich sind, hat er bereits in Bern eingeführt. Bei der internationalen Konferenz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1899 in Brüssel hatte er mit Kaposi zusammen das einleitende Referat, in welchem auf Maßnahmen hingewiesen wurde, die ja jetzt glücklicherweise zum Teil ausgeführt sind, Vermehrung und Verbesserung von Krankenabteilungen, bessere Ausbildung der Ärzte, Forderung, daß die Dermatologie Prüfungsgegenstand werden solle, Kurpfuschereiverbot, Verbesserung der Moral und Belehrung über die Gefahren der Gechlechtskrankheiten. In der „Deutschen Gesellschaft" war dann Lesser stellvertretender Vorsitzender und begründete 1902 die Ortsgruppe Berlin, deren 1. Vorsitzender er lange war, mit einem einleitenden Vortrag, der die früheren schon empfohlenen Maßnahmen wiederum scharf betonte und nunmehr vor allen Dingen darauf hinwies, daß mehr, als es bisher der

Digitized by Google

Fall, der geheimen Prostitution die Aufmerksamkeit zugewendet werden müsse, weil deren Zahl viel größer sei als die der Inskribierten, die Gefahren, die von ihnen ausgingen, viel dringender und ihre Erfassung viel schwieriger. Er empfahl die unentgeltliche Behandlung dieser Mädchen, welche nur dann inskribiert werden sollten, wenn sie sich der Behandlung entzögen, und hat dann in Berlin auch mit Hilfe zahlreicher anderer Kollegen, die sich zur Unterstützung der Ausführung dieses Gedankens bereit erklärten, diesen Modus eingeführt.

Zeigte sich schon hier vielfach, ebenso wie auf Kongressen und Versammlungen — ich erwähne nur den ausgezeichneten 3. Kongreß der „Deutschen Gesellschaft" in Leipzig und den 4. internationalen Kongreß in Berlin unter Lessers Leitung, — zeigte sich schon hierin sein organisatorisches Geschick, so trat das besonders noch hervor bei der Verbesserung und Einrichtung der Klinik und Poliklinik in Bern und Berlin. Besonders in Berlin hatte er in den ersten Jahren mit den allergrößten Schwierigkeiten zu kämpfen, mit Unzulänglichkeit der Behandlungs- und Unterrichtsräume, Mangelhaftigkeit der Laboratorien und Tierställe. Aber er verstand es in seiner vorsichtigen und doch zähen Art, mit Liebenswürdigkeit und immer wieder einsetzendem Druck schließlich ein Institut zu schaffen, welches jetzt zu den schönsten in Deutschland gehört, über ein reiches Krankenmaterial verfügt und eine hervorragende Stätte für Behandlung, für Lehren und Forschen geworden ist.

Aber seine größte Leistung auf dem Gebiete des Lehrens, das seine stärkste Seite war und worin er zu den besten Klinikern gezählt werden muß, war die Abfassung seines Lehrbuchs, welches durch die Klarheit und Einfachheit der Darstellung, die Hervorhebung des praktisch Wichtigen, das Fehlen jedes überflüssigen hypothetischen und theoretischen rein wissenschaftlichen Beiwerks wirklich geeignet war, das spröde Fach der Dermatologie allmählich den Ärzten, den Studierenden interessanter und zugänglicher zu machen. — In jungen Jahren hat dieses Buch Lesser mit einem Schlage zu einem weltberühmten, populären Mann gemacht. Schon in den ersten fünf Jahren erschienen sechs Auflagen; und wenn es auch jetzt natürlich gegenüber moderneren Lehrbüchern, die nunmehr auch schon den komplizierteren Verhältnissen unseres Faches gerechter werden, etwas zurückgetreten ist, so ist es doch noch 1914 in 14. Auflage erschienen und in viele ausländische Sprachen übersetzt; es kann immer noch als eins der besten Lehrbücher gelten.

Wenn ich nach diesem kurzen Überblick über die ärztliche Tätigkeit Lessers noch mit wenigen Worten der Persönlichkeit meines verehrten und hochgeschätzten Lehrers, unter dem ich sieben Jahre zu arbeiten das Glück hatte, gedenken soll, so steht er hier in gewisser Richtung im Gegensatz zu seinem von ihm so verehrten Jugendfreund Neisser, dessen überragende Größe er in seiner großen Bescheidenheit immer anerkannte und ihn in gemeinsamer Arbeit vielfach durch seine vorsichtige zurückhaltende, mehr kritische wie schöpferische Natur ergänzte. Der Grundzug seines Wesens war Liebenswürdigkeit, Güte, Bescheidenheit, Vornehmheit und Takt.

Wir stehen trauernd an der Bahre unseres hochgeschätzten Lehrers, der — wohl auch indirekt infolge der kriegerischen Verhältnisse — zu früh für alle, die ihm nahe standen und von ihm gefördert wurden, dahingegangen ist. Ebenso wie wir selbst, seine näheren Schüler, niemals aufhören werden, ihm zu danken für das was er uns sachlich und menschlich gewesen ist, so wird auch die dermatologische Wissenschaft niemals vergessen, was er als Lehrer, als Organisator und als Förderer wissenschaftlicher Fortschritte unseres Faches geleistet hat.

A. Buschke-Berlin.

Fachzeitschriften.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

1917, Bd. 58, H. 5.

Hautkrankheiten und Syphilis im Kriege, ihre militärische und soziale Bedeutung, von Ferdinando de Napoli. Fortsetzung und Schluß. Unter den prophylaktischen Maßnahmen steht die strengste sanitäts-polizeiliche Überwachung der Bordelle

Digitized by Google

obenan. Verfasser verbreitet sich eingehend über diesen Punkt und faßt noch einmal kurz alle im Heere getroffenen Maßregeln zur Bekämpfung der Geschlechtskranken zusammen, welche bewirkt haben, daß die Anzahl der Geschlechtskrankheiten in der ... Armee 2‰ beträgt.

Hämatoporphyrinurie nach Salvarsan, von Cesare Cavina. In 21 von 50 Fällen (40%) wurde nach intravenöser Salvarsaninjektion Hämatoporphyrinausscheidung beobachtet, bisweilen leichteren, bisweilen höheren Grades. Sie verschwand nach 24 Stunden bis 1 Woche. Die Ursache sieht Verfasser in einer durchs Salvarsan bedingten Zerstörung roter Blutkörperchen und dadurch vermehrten Hämatoporphyrinproduktion, das infolge transitorischer Leberinsuffizienz nicht weiter abgebaut, sondern als solches ausgeschieden wird.

Zur Ätiologie des Pemphigus chronicus, von Francesco Radaeli. Schon 1906 und 1909 gelang es Verfasser, aus dem Knochenmark, Blut und Milz an Pemphigus Verstorbener einen Bazillus zu züchten, der beweglich, 1,5—2 μ lang ist, an den Enden verdickt, bisweilen kurze Ketten bildet, gramnegativ ist, Gelatine verflüssigt, Zucker vergärt, Milch koaguliert. Es gelang einmal, durch intravenöse Impfung bei Macacus rhesus eine Eruption von Blasen auf der Haut hervorzurufen. Ganz den gleichen Bazillus hat Verfasser nun im Blut eines an Pemphigus vulgaris Erkrankten gefunden. Es handelte sich um einen äußerst akut verlaufenden Fall, acht Tage nach dem Krankheitsbeginn. Mit der Kultur geimpfte Kaninchen gingen in 24—78 Stunden an Septikämie zugrunde. Da der Nachweis des Bazillus bisher am Lebenden nie geglückt war, nimmt Verfasser an, daß der Erreger nur vorübergehend im akuten Stadium der Krankheit im Blute anzutreffen sei, und daß es sich bei den Manifestationen an der Haut um Toxinwirkungen handele. In der Agonie oder post mortem erst verbreiteten sich die Keime im Körper. Immunitätsreaktionen (Agglutination und Komplementbindung) gab der gefundene Bazillus mit dem Serum Pemphiguskranker nicht.

Artifizielle Hautkrankheiten bei Soldaten, von Emilio Dacco. Heft 5 und 6. Verfasser bespricht eingehend, aber ohne Neues zu bringen, die verschiedenen Formen der willkürlich hervorgerufenen Hautkrankheiten, die sich als Dermatitis ekzematiformis oder bullosa, als Hautnekrose, als künstliche Abszesse, Stauungsödem oder Pseudoarthritis traumatica darstellen. Im italienischen Heere gibt es eine Verfügung, nach welcher alle Soldaten mit Autoläsionen in besonderen Lazaretten vereinigt und unter besonders strenger Disziplin gehalten werden. Es ist dies eine heikle Bestimmung, die den Ärzten bei der ohnehin oft sehr schweren Diagnosestellung eine große Verantwortung auferlegt.

Heft 6.

Über den praktischen Wert der Reaktion von Mc Donagh zur Syphilis-Diagnose, von Rodolfo Porcelli. Die Reaktion von Mc Donagh besteht in der Ausflockung des „Lipoid-Proteins" des syphilitischen Serums durch Thoriumnitrat bzw. -sulfat. Gegenüber dem normalen Serum wird ein stärkerer Niederschlag, der sich rasch bildet, erhalten. Verfasser hat diese Methode in 50 Fällen nachgeprüft, er erkennt ihr aber keinen praktischen Wert zu, sie ist außerdem durchaus nicht einfacher in der Ausführung als die Wassermannsche Reaktion.

Artifizielle Hautkrankheiten bei Soldaten, von Emilio Dacco. (Fortsetzung.) Siehe oben.

Ein Fall von Ichthyosis diffusa. Klinische und histologische Bemerkungen, von Vittorio Valle. Eingehende Beschreibung, besonders der histologischen Verhältnisse, bringt aber nichts Neues.

Vamianine, seine Unwirksamkeit bei der Syphilisbehandlung, von A. Pasini. Vamianine ist ein von der Firma Aratclain mit großer Reklame in die Welt gesetztes Mittel, das nicht nur unfehlbar in der Heilung der Syphilis, sondern auch bei allen möglichen Hautkrankheiten sein soll. Es enthält Gold, Silber, Jod und einige pflanzliche Extrakte, darunter Guajakol und Sarsaparill. P. hat es bei mehreren Luespatienten probeweise angewendet und nicht den allergeringsten Erfolg gesehen.

M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Der Mechanismus der Lymphstauung, von H. Gross-Bremen. (Zschr. f. Chir., 1917, Bd. 138.) Auf Grund eingehender experimentell-klinischer Beobachtungen und ausgezeichneter kritischer Verwertung der einschlägigen Literatur stellt G. ein System des Mechanismus der Lymphstauung auf. Die sehr lesenswerte Arbeit, zu kurzem Referat nicht geeignet, sollte im Original studiert werden. In planvoller Untersuchung, die, von einer besonders wichtigen Erscheinung ausgehend, alle Äußerungen der Lymphstauung systematisch in ihren Bereich zog, erzielte G. das vorliegende Ergebnis. „Ein Weg in das große Neuland scheint gefunden, wenn auch — um mit G. zu reden — der Boden unter den Füßen manchmal nicht unbedenklich schwankt und noch sehr der Festigung bedarf." O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Berlin, von A. Blaschko. Mit 17 Tabellen u. 4 Tafeln. (S. Karger, Berlin 1918.) In diesem Sonderabdruck aus der Dermatologischen Zeitschrift entwickelt der unermüdliche und hervorragende Statistiker auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten alle die Schwierigkeiten, Unstimmigkeiten und nicht kritisch genug zu verwertenden Fehlerquellen, welche jeglicher Zählung der Geschlechtskrankheiten, selbst da, wo — wie in Norwegen — eine Meldepflicht besteht, anhaften. Blaschko erörtert auf Grund einer Ende 1913 in einer Reihe deutscher Großstädte vorgenommenen Erhebung zwar in erster Reihe die für Berlin gewonnenen Zahlen, daneben aber auch die Zahlen aus anderen Großstädten, insbesondere aus Hamburg, wo sich von 800 Ärzten alle, mit Ausnahme von zweien, an den Erhebungen beteiligt haben und wo besonders wertvolle Unterlagen erhalten worden sind. Die Schrift verwertet ferner die Ergebnisse einer am 30. April 1905 in Preußen vorgenommenen Zählung, aus welcher für Preußen eine jährliche Erkrankungsziffer von 773000 Venerischen, das ist je einer auf 22 Erwachsene, herleitet. Dreimal soviel Männer wie Frauen und in den Städten etwa zwölfmal soviel Menschen wie auf dem Lande erkranken geschlechtlich. In Berlin wurden Ende 1913 über 20000 Personen an Geschlechtskrankheiten behandelt, davon 9000 wegen Syphilis, gegen 1900 an Tabes und Paralyse. In den Berliner Irrenanstalten war rund die Hälfte der Todesfälle auf Paralyse zurückzuführen usf. In den Lebensjahren von 38—50 hat die Syphilis die Sterblichkeit um 85% gesteigert, also nahezu verdoppelt; in Hamburg erkranken jährlich 15607 Männer, 3413 Frauen an Tripper. Letztere Zahl wahrscheinlich viel zu niedrig. Jährlich 3931 Syphiliserkrankungen bei Männern, 1907 bei Frauen in Hamburg. In Berlin erkranken etwa 20% der Männer und 15% der Frauen im Alter von 15—50 Jahren an Syphilis. Das erschütterndste Teilergebnis aber, daß etwa 10% der Syphilitiker an Paralyse erkranken und sterben. Wir können Blaschko für seine mühevolle Arbeit gar nicht dankbar genug sein. Nach Ansicht des Referenten erhöhen sich alle Zahlen für die Syphilis durch die zahlreichen nicht eruierten Fälle der Lues latens, für welche das weibliche Geschlecht weit mehr in Frage kommt. Man denke an das Jahrzehnte anerkannte Collesche Gesetz. Wenn aber irgendwo, so sind gegen die Pest der Geschlechtskrankheiten einschneidendste Maßnahmen nötig, für welche Blaschkos Autorität noch nicht zu haben ist. E. Delbanco-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Einige klinisch-dermatologische Bemerkungen über Fleckfieber, von P. Lipschütz-Lemberg. (Klin. ther. Wschr., 1916, Nr. 49/50.) Das Exanthem beginnt am dritten bis vierten Tage am Stamm, meist auf den Seitenteilen oder auf der Schulterhöhe. Dem eigentlichen Exanthem geht in manchen Fällen ein Vorexanthem voraus, das aus größeren Roseolen oder aus spärlichen makulopustulösen auf dem Stamm oder auf den Extremitäten, nicht aber im Gesicht besteht. Bei reichlichem Exanthem ist fast die gesamte Hautoberfläche, auch das Gesicht befallen. Blutungen stellen immer einen sekundären Vorgang dar, initial auftretende Hämorrhagien sprechen gegen die Diagnose

Digitized by Google

Fleckfieber. Das Abblassen und Verschwinden des Exanthems erfolgen in absteigender Richtung. Auf der Bindehaut zeigt sich eine stärkere Injektion oder eine katarrhalische Entzündung mit stecknadelkopfgroßen Hämorrhagien auf der Konjunktiva. Im Munde wird nur der weiche Gaumen mit dem Zäpfchen, der hintere Teil des harten Gaumens befallen. Am häufigsten findet man baumförmige Injektion des weichen Gaumens und der Uvula. Die Hautbeschaffenheit selbst spielt eine gewisse Rolle, die Dermatosen treten viel schärfer hervor; ein diagnostisches wichtiges Symptom ist die Neuritis optica die die anderen Erscheinungen überdauert. Verfasser beobachtete eine eigentümliche Hautreaktion: ein leichtes Skarifizieren ruft nach etwa 20 Stunden rotviolette Hämorrhagien am Orte des Traumas hervor, innerhalb der ersten Krankheitswoche und weist auf eine funktionelle und anatomische Gefäßschädigung hin. W. Chrzelitzer-Posen.

Über Fleckfieberroseola, von Eugen Fraenkel. (M. m. W., 1917, Nr. 40) Die eigenartige Veränderung kleinster Arterien, bestehend in ausgesprochener Schädigung der innersten Wandschicht an umschriebener Stelle mit Wucherung von zelligen Elementen in der Umgebung der erkrankten Wandpartie, läßt sich an den Roseolen wie auch am Gehirn, Herzfleisch und Leber bei jedem Fleckfieberfall mit Sicherheit nachweisen. Es gelang dieser Nachweis an frischen Roseolen, sowie auch an alten durch das Dietsche Stauverfahren wieder sichtbar gemachten Roseolen und zwar bis zur achten Krankheitswoche. Diese pathologisch-anatomisch nachweisbare Veränderung stellt, weil absolut eindeutig und charakteristisch, ein wichtiges diagnostisches Kriterium des Fleckfiebers dar. Es sollte in jedem Falle von Fleckfieber zusammen mit der Weil-Felixschen Reaktion zur Diagnose herangezogen werden. A. Witte-Bremen.

Zur Epidemiologie und Prophylaxe des Fleckfiebers, von J. Fonyó-Budapest (W. kl. W., 1916, Nr. 42, 43 und 44) Nach den Erfahrungen des Verfassers kann die Bekämpfung des Flecktyphus nur dann mit Erfolg gekrönt sein, wenn es gelingt, die Läuse in absoluter Weise zu vernichten. Die Flecktyphusepidemie kann nicht nur durch Kranke, sondern auch durch Rekonvaleszenten ihre Verbreitung finden, wenn diese unter Verlauste geraten, denn das Blut derselben ist noch drei Wochen nach der Entfieberung ansteckend. Zur Entlausung verwende man alle möglichen technischen Mittel. Sie müssen nur ausreichend sein, um in einer Zeiteinheit ohne Unterbrechung die ganze Gruppe der Kranken entlausen zu können, wodurch Läuse und Nisse mit einem Schlag und gleich bei der ersten Desinfektion vernichtet werden. Hierzu gehören die entsprechenden Räumlichkeiten. Durch eine rechtzeitige und energische Aushebung der Verdächtigen und durch ihre strenge Isolierung kann man das Ausbrechen einer Epidemie verhüten. Bei korrekt durchgeführter Entlausung muß die Epidemie in sechs Wochen erlöschen. Den absoluten Erfolg sichert die Entlausung und Isolierung der Rekonvaleszenten. Treten neue Erkrankungen unter einer Gruppe auf, so hat dieselbe als verdächtig zu gelten und muß unter ständiger und genauer Beobachtung gehalten werden. Die Zeit hierfür ist auf 21 Tage anzusetzen. Kommen Erkrankungen zum Ausbruch, so ist die Gruppe auf weitere drei Wochen zu isolieren. H. Vörner-Leipzig.

Verschiedenes.

Hofrat Arthur Meiner, Inhaber der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Leipzig, wurde zum Ehrendoktor der Philosophie der Universität Gießen ernannt.

Prof. Rodolfo Panichi in Florenz ist gestorben.

Dr. Cav. Raffaele Rivalta-Bologna ist einer Kriegsverletzung erlegen. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tabnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

3. August 1918 | Nr. 31 | Band 67

Aus dem dermatologischen Stadtkrankenhaus II in Hannover-Linden.
(Dirigierender Arzt: Dr. Gustav Stümpke.)

Günstiger Ausgang einer Encephalitis haemorrhagica nach Neosalvarsan (Aderlaß, Kochsalzinfusion und Lumbalpunktion).

Von

Gustav Stümpke.

Bekanntlich verlaufen die Fälle von Encephalitis haemorrhagica nach Salvarsan und seinen Ersatzpräparaten in der Regel tödlich. Fälle, in denen bereits bewußtlose Kranke noch gerettet werden konnten, sind bekannt, aber nur in verhältnismäßig geringer Zahl. So teilte Löhe in der Berliner dermatologischen Gesellschaft aus der Lesserschen Klinik einen Fall mit, in dem ein 22jähriger Arbeiter mit sekundärer Lues im Anschluß an die erste Salvarsaninjektion mit Kopfschmerzen, Erbrechen und dann allgemeiner Bewußtlosigkeit erkrankte; der Patient bekam innerhalb 24 Stunden zwei Kochsalzeinläufe zu je 500 ccm im Abstand von einer Stunde und außerdem noch zwei intravenöse Kochsalzinfusionen, gleichfalls je 500 ccm und erholte sich dann bald wieder, konnte sich allerdings der Einzelheiten seines Zustandes nicht mehr recht entsinnen und klagte nach Aufhören der Bewußtlosigkeit noch über Kopfschmerzen. Auch Hoffmann und Jaffe (D. m. W., 1911, Nr. 29) berichten über drei derartig verlaufene Fälle. In dem einen Falle handelte es sich um eine 35jährige Frau mit multipeln syphilitischen Primäraffekten, die unmittelbar nach der zweiten intravenösen Salvarsaninjektion (0,4) außerordentlich heftige Kopfschmerzen und eine starke Schwellung sowie Zyanose der Augenlider und Lippen bekam, später trat auch Trübung des Bewußtseins und Nachlassen der Herzkraft ein, ein Zustand, der unter Kampfer- und Koffeininjektionen innerhalb 1½ Stunden sich langsam besserte, dann von mehrfachem heftigem Erbrechen gefolgt war, woran sich wieder tagelang andauernde Kopfschmerzen anschlossen. Bei einer zweiten Patientin mit Leucoderma colli und stark positiver Wassermann-Reaktion traten gleichfalls nach einer zweiten intravenösen Salvarsaneinspritzung (0,3) stürmische Erscheinungen auf, und zwar machten sich schon während des Einfließens der Lösung Hitzegefühl im Kopf und starke Rötung des Gesichts bemerkbar. Später trat ein kollapsartiger Zustand ein, verbunden mit Schwellung und zyanotischer Verfärbung des Gesichts, besonders wieder der Augenlider und der Lippen; daran schloß sich heftiger Schüttelfrost, der fast den Eindruck klonischer Krämpfe machte, es traten Erythemflecke an den Unterschenkeln auf; nach Kampfer-Strophantin- und Koffeininjektionen, künst-

Digitized by Google

licher Atmung und Sauerstoffinhalation wurde der Puls wieder besser, und die Krämpfe ließen nach, schließlich trat noch heftiges Erbrechen auf. Der ganze Zustand dauerte vier Stunden. Endlich wurden bei einem 21jährigen mittelkräftigen Mann mit hochgradiger Haut- und Schleimhautsyphilis nach der dritten intravenösen Salvarsaninjektion außerordentlich schwere Störungen beobachtet. Auch bei diesem Kranken trat bereits während des Einlaufens der Salvarsanflüssigkeit ein eigenartiges Hitzgefühl im Gesicht und Kribbeln in den Füßen auf, unmittelbar daran schloß sich wiederum eine Schwellung und Zyanose des Gesichts, speziell der Augen; dann entstand heftige Atemnot, die mit Unterbrechung von 10—15 Minuten wiederkehrte; weiter zeigten sich krampfhafte Zuckungen an Wangen und Lippenmuskeln, tonische Krampfzustände aller Extremitäten, ebenso wieder Erythemflecke an der Haut. Der letzte der Anfälle zeigte sich $2^1/_2$ Stunden nach der Salvarsaninjektion; schon vorher trat heftiges Erbrechen auf, nach einigen weiteren Stunden verspürte der Patient nur noch starke Schmerzen in der Brust, Trockenheit im Halse und heftiges Durstgefühl. Auch bei diesem Kranken wurden neben Kampfer- und Koffeininjektionen Sauerstoffinhalationen, künstliche Atmung und Herzmassage angewandt.

Schindler (Der Salvarsantod, seine Ursache und seine Verhütung. Intravenöse oder intramuskuläre Injektion? Berlin 1914. Verlag von S. Karger.) betont in seiner Monographie, daß es nach seiner Ansicht äußerst zweifelhaft sei, ob man einen an Encephalitis haemorrhagica Erkrankten durch therapeutische Maßnahmen (Kochsalzinfusionen) noch zu retten vermöge, ein Durchkommen beruht nach ihm auf Zufälligkeiten und etwaigen glücklichen Umständen. Schindler schreibt: „Sobald sich schon zahlreiche intravitale Thrombosen in lebenswichtigen Stromgebieten entwickelt haben, kann die Kochsalzinfusion nicht mehr viel helfen. Man muß sie jedoch unbedingt versuchen! Ich will nur davor warnen, sich der Sicherheit hinzugeben, daß es etwa in unserer Macht liegt, durch Kochsalzinfusionen eine Wendung ad pessimum aufzuhalten. Wir haben über den Salvarsantod keine Macht."

Ich habe nun in allerletzter Zeit einen Fall erlebt, der offenbar an Encephalitis haemorrhagica nach einer zweiten intravenösen Neosalvarsaninjektion in der Dosis 0,6 erkrankte und gleichfalls nach Überwindung zunächst bedrohlicher Symptome mit dem Leben davonkam. Es handelte sich um eine 25jährige Ehefrau, die von einem hiesigen Facharzt zunächst eine Neosalvarsaneinspritzung zu 0,6, im Anschluß daran fünf Injektionen grauen Öls erhielt und diese Behandlung ohne wesentliche Störung vertrug. Etwa zwei Tage nach der zweiten Neosalvarsaninjektion traten bei der Kranken krampfartige Zustände und Bewußtlosigkeit auf, die für den betreffenden Kollegen Veranlassung waren, die Patientin dem Krankenhause II zu überweisen. Erwähnenswert ist, daß der gleiche Kollege in dieser Zeit einen zweiten ganz analogen Fall nach einer zweiten intravenösen Neosalvarsaninjektion (0,6) zugrunde gehen sah.

Der objektive Befund unseres Falles ist folgender:

9. IV. 1918. Patientin ist eine mittelgroße, ziemlich schwächliche, 25jährige Frau, deren Anamnese nichts Wesentliches enthält; Temperatur beträgt 38.6, Puls ist

Digitized by Google

klein, etwas gespannt, Frequenz 68. Patientin ist bewußtlos, antwortet nicht auf Anrufen, verzieht aber das Gesicht beim Kneifen der Haut und namentlich der Muskulatur. Sie liegt meist mit geschlossenen oder halb geöffneten Augen in ruhiger Rückenlage, zieht die Knie oft an und streckt die Arme bisweilen aufwärts. Selten treten tonische Kontrakturen der Extremitäten auf, wobei die Daumen öfter in die Hände eingeschlagen sind. Der Kopf wird von Zeit zu Zeit nach rechts gedreht, ebenso beide Augen; letztere weisen leichten Nystagmus auf. Die Pupillen reagieren auf Lichteinfall. Bezüglich der übrigen Reflexe ist hervorzuheben, daß der Hornhaut- und Fußsohlenreflex vorhanden, Patellar-, Fersen-, Lidrandreflexe nicht auszulösen sind; Babinsky und Fußklonus nicht vorhanden. Auf Reize (Nadelstich, Kälte, Wärme) machen die Extremitäten Abwehrbewegungen. Milch und Haferschleim werden gut geschluckt. Die Blase entleert unfreiwillig Urin.

Die Untersuchung der inneren Organe ergibt keine nennenswerten pathologischen Verhältnisse, der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker.

Unter Berücksichtigung des gesamten klinischen Befundes und der anamnestischen Daten wird die Diagnose auf Encephalitis haemorrhagica nach Neosalvarsan gestellt; die Prognose dubiös. Decursus morbi: Unmittelbar nach der Einlieferung wird ein Aderlaß von 400 ccm vorgenommen und im Anschluß daran 250 ccm physiologische Kochsalzlösung intravenös injiziert. Eine wesentliche Änderung des Zustandes wird gegen Abend nicht bemerkt.

10. IV. 1918. Die Temperatur morgens 7 Uhr ist 38,9°; der Puls 72, von der gleichen Beschaffenheit wie gestern. Die Bewußtlosigkeit besteht nach wie vor, und die erwähnten tonischen Kontrakturen treten vereinzelt noch auf. Bezüglich der Reflexe keine Veränderung. Der Urin geht weiter unfreiwillig ab.

Es wird nunmehr eine Lumbalpunktion ausgeführt: der Druck der Lumbalflüssigkeit ist nur gering, kann indes wegen des unruhigen Verhaltens der Patientin nicht annähernd genau abgelassen werden. Der Liquor fließt tropfenweise ab, es werden im ganzen etwa 8 ccm abgelassen.

Nonne-Apelt negativ, Pandy positiv, Leukozyten $5^2/_3$. Wassermann negativ.

Gegen Abend ist die Temperatur wesentlich gefallen: 38,3. Die Krampfzustände sind seit Vornahme der Lumbalpunktion nicht mehr aufgetreten, auch die motorische Unruhe (Drehungen des Kopfes und der Augen) hat sich zweifellos gelegt. Bewußtlosigkeit besteht allerdings weiter, wenn schon man den Eindruck hat, daß sie nicht mehr so tief ist wie am Morgen und am vorigen Tage.

11. IV. 1918. Patientin ist zwar noch etwas benommen, zeigt aber nicht mehr die tiefe Bewußtlosigkeit wie die Tage vorher, sie reagiert auf Anruf, beantwortet auch einzelne Fragen. Krampfzustände sind nicht mehr aufgetreten. Die Temperatur ist normal. Die Kranke erhält noch eine intravenöse Kochsalzinfusion von 200 ccm.

12. IV. 1918. Das Bewußtsein hat sich jetzt völlig aufgehellt. Die Herztätigkeit ist zurzeit ganz normal. Patientin ist zwar noch etwas schwer besinnlich und hat zuweilen etwas Mühe, ihre Aufmerksamkeit auf etwas zu konzentrieren, man kann sich aber doch mit ihr ohne wesentliche Schwierigkeiten unterhalten. Die Kranke hat an die Vorgänge, die zu ihrer Erkrankung führten, keine Erinnerung; sie weiß nicht, daß sie die betreffende Neosalvarsaneinspritzung erhalten hat, hat auch offenbar für die etwas vorhergehende Zeit eine gewisse Gedächtnisstörung. So kann sie über die vorhergehende Behandlung (fünf Einspritzungen grauen Öls) nur ungenaue Angaben machen. Die Patientin ist ferner melancholischer Stimmung, weint leicht; kann jedoch, über den Grund ihrer Traurigkeit zur Rede gestellt, keine rechte Antwort erteilen; sie klagt überdies über ziemlich heftige Kopfschmerzen. Brechreiz besteht indes nicht, ist auch in der vorangegangenen Zeit des schweren Kollapses nicht beobachtet.

16. IV. 1918. Der Zustand hat sich in den vergangenen Tagen noch weiter gebessert. Patientin ist noch immer etwas langsam in ihrer Auffassung, auch in ihren Antworten, ist aber sonst bei klarem Verstand. Kopfschmerzen sind immer noch in mäßigem Grade vorhanden.

20. IV. 1918. Patientin ist so weit wiederhergestellt und gekräftigt, daß der Versuch einer vorsichtigen Schmierkur gemacht werden soll.

15. V. 1918. Von weiteren Neosalvarsangaben wird aus begreiflichen Gründen Abstand genommen. Patientin hat drei Wochen geschmiert, diese Behandlung ohne jede Störung vertragen und wird heute auf ihren Wunsch aus dem Krankenhaus in ihre Heimat entlassen. Sie will sich dort nach einiger Zeit wieder in ärztliche Behandlung bzw. Beobachtung begeben.

Digitized by Google

Epikrise. Was die Diagnose des oben beschriebenen Zustandes anlangt, so fehlt zwar in unserem Falle der wichtige pathologisch-anatomische bzw. histologische Befund infolge des glücklicherweise günstigen Ausganges der Erkrankung. Indes ist das klinische Bild so charakteristisch, die Anamnese so bezeichnend, daß gleichwohl an der Auffassung einer Encephalitis haemorrhagica kein Zweifel sein kann. Auch in dem skizzierten Fall trat das Bild der „Hirnschwellung", wie in der Mehrzahl der beschriebenen Fälle, nach der zweiten Injektion auf, und zwar nach einem Intervall von zwei Tagen, wie das ja auch ganz den bisherigen Erfahrungen entspricht. Daß Neosalvarsan diesen Zustand genau so gut hervorzurufen vermag wie Altsalvarsan, ist auch nichts Neues. Zu ventilieren würde die Frage sein, ob die in unserem Falle getriebene Therapie (Aderlaß, Kochsalzinfusion, Lumbalpunktion) für den günstigen Ausgang der Enzephalitis verantwortlich zu machen ist. In Anbetracht der Tatsache, daß die große Mehrzahl dieser Unglücksfälle trotz dieser und ähnlicher therapeutischer Maßnahmen nicht vor der Katastrophe zu bewahren ist, wird man eine gewisse Skepsis walten lassen müssen. Dieselbe darf indes nicht so weit gehen, daß man nicht wegen der zweifellos bestehenden Möglichkeit der günstigen Beeinflussung unbedingt im Falle des Vorliegens einer Encephalitis haemorrhagica zur Anwendung dieser Maßnahmen rät. Es ist ja auch gar nicht zu leugnen, daß die theoretischen Vorbedingungen dafür als einwandfrei anzusehen sind, einmal Entgiftung des Organismus (Aderlaß, Kochsalzinfusion), andererseits Druckentlastung des Zentralnervensystems (Lumbalpunktion), welch letztere übrigens nicht immer vorhanden zu sein scheint.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich noch erwähnen, daß auch am Krankenhaus II Hannover-Linden seit Beginn der Salvarsanära mehrere Todesfälle an Salvarsan beobachtet wurden. Dieselben waren seinerzeit aus gewissen äußeren Gründen nicht publiziert, und zwar hauptsächlich, weil die Sektionsergebnisse nicht ganz einwandfrei zu bewerten waren. Anläßlich der heutigen Mitteilung halte ich es aber doch für berechtigt, mit ein paar Worten darauf zurückzukommen: Zwei dieser Fälle betrafen zwei junge Mädchen Anfang der 20er Jahre, die in typischer Weise nach der zweiten Salvarsaninjektion an Encephalitis haemorrhagica erkrankten und innerhalb 24 Stunden daran zugrunde gingen. Ein dritter Fall betraf einen Mann Mitte der 30er Jahre, der in einem anderen Krankenhause eine Reihe von Salvarsaninjektionen erhalten hatte, dann uns eingeliefert wurde und hier eine Quecksilberkur anfing; sehr bald ging dann auch dieser Patient an den Erscheinungen der Encephalitis haemorrhagica zugrunde. Auffallend war, daß in letzterem Falle zwischen letzter Salvarsangabe und Auftreten der katastrophalen Symptome ein Zwischenraum von mehreren Wochen lag. Ein vierter Fall endlich starb im Verlauf einer Neosalvarsankur an akuter gelber Leberatrophie und ist von einem Assistenten unseres Krankenhauses (Buchholz, M. Kl., 1918, Nr. 21) an anderer Stelle ausführlich besprochen worden. Die beiden ersten Fälle ereigneten sich im Jahre 1911 und wurden von mir, da ich damals die Prostituiertenstation noch nicht zu leiten hatte, nur verhältnismäßig oberflächlich gesehen; Fall 3 und 4 sahen wir 1914. Seitdem haben wir Salvarsanzufälle, wenigstens im

Digitized by Google

eigenen Krankenhaus, nicht mehr erlebt. Ich habe speziell die drei ersten Fälle hier mit angeführt, weil daraus hervorgeht, daß auch wir, abgesehen von den Mitteilungen der Literatur, an unseren hier veröffentlichten Fall nicht mit großem Vertrauen herangehen konnten. Um so freudiger waren wir überrascht, daß der Ausgang doch günstig war, und wir möchten nicht verfehlen, für Anwendung oben erwähnter Maßnahmen in ähnlichen Fällen einzutreten, selbst wenn man auch der Ansicht sein sollte, daß ein derartig günstiger Verlauf eine Ausnahme darstellt und eventuell auch ohne therapeutische Eingriffe dieser Art zustande kommen kann.

Lusal, internes Antiluetikum.

Von

Priv.-Doz. Dr. J. Odstrčil-Prag, k. u. k. Stabsarzt, z. Z. im Felde.

Während des jetzigen Krieges haben die Geschlechtskrankheiten so enorm zugenommen, daß ihre absolute Zahl die aller übrigen Infektionskrankheiten weit überholt hat. Das Zahlenverhältnis, in welchem die einzelnen venerischen Krankheitsformen zueinander stehen, läßt sich derzeit nicht genau feststellen, aber nach unseren Erfahrungen haben wohl die syphilitischen Erkrankungen die Oberhand errungen.

Daß ähnliche Zustände und vielleicht noch ärgere in den feindlichen Staaten zu finden sind, das beweist die rapid in die Höhe schnellende Zahl der venerischen Krankheiten, sobald wir ein feindliches Gebiet besetzten; es dauerte daraufhin geraume Zeit, ehe durch entsprechende polizeihygienische Vorkehrungen unsererseits diese Erkrankungen wieder eingedämmt wurden. Aber auch im Hinterlande herrschen in dieser Richtung triste Verhältnisse. Es wird daher von vielen dazu berufenen Behörden und Faktoren über Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten beraten und diese bereitgestellt; es werden Beratungsstellen geschaffen, Fürsorgevereine ins Leben gerufen, Flugschriften und Belehrungen über das Wesen und die Verhütung der Geschlechtskrankheiten unter die Bevölkerung verteilt. Doch dies sind einseitige prophylaktische Maßnahmen in dem schweren Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten, wir müssen daher noch andere Vorkehrungen bereit halten. Das Hauptgewicht wäre einerseits darauf zu legen, daß staatlich angestellte Ärzte durch eifrige Kontrolle der Kranken, deren venerische Erkrankung im Felde ihnen von Amts wegen bekannt gegeben wird, dafür Sorge tragen, daß die Verbreitung der Syphilis durch frühzeitiges Heiraten von nicht genügend Behandelten untersagt wird, und daß die Amtsärzte die syphilitisch Kranken dazu anhalten, daß ihre Erkrankung rechtzeitig weiteren intermittierenden Kuren zugeführt wird. Andererseits muß eine große Anzahl von gut geschulten, in der Diagnostik und Therapie der Syphilis gründlich bewanderten Ärzten zur Verfügung stehen. Außerdem ist der größte Wert darauf zu legen, daß Amtsärzte sowohl als Praktiker von der in geeigneten Fällen völligen Erfolg versprechenden Abortivkur im Sklerosenstadium überzeugt sind und keinen Fall von Sklerose anders be-

Digitized by Google

handeln. Weiter müssen wir trachten, daß die Technik der verschiedenen Behandlungsmethoden jedem jüngeren Arzte geläufig wird. Auch würde es für jeden Kollegen nur von Vorteil sein, wenn er darüber genauestens orientiert wäre, wann er das eine Mal eine Schmierkur, das andere Mal eine Injektionskur, oder ob er eine interne Quecksilberbehandlung einzuleiten hätte. Nebenbei muß ihm genau bekannt sein, daß auch die positive Wassermannsche Reaktion bei Lues latens eine entsprechende Rolle spielt, und daß in diesem Stadium eine Zwischen- oder Nachkur mit einem internen Hg-Präparat am Platze ist. Ja, jeder beschäftigte Arzt wird speziell nach dem Kriege sehr oft Gelegenheit haben, Patienten zu finden, die ihn, um ihren während des Feldzuges begangenen Fehltritt geheimzuhalten, ersuchen werden, ihnen ein wirksames, internes Medikament zu verschreiben, um die Behandlung diskret durchführen zu können und Familienzerwürfnissen auszuweichen.

Als solche Spezialpräparate, die sich bereits gut in der Syphilistherapie eingebürgert haben, sind bekannt das Mergal, Merjodin, Merlusan. Zu diesen gesellt sich ebenbürtig das in jüngster Zeit in unserem Spital erprobte Hg-Mittel, „Lusal" benannt, welches uns gute therapeutische Erfolge zeitigte.

Welche Eigenschaften muß ein gutes, internes Hg-Medikament besitzen und welche Bedingungen muß es erfüllen, um die Verordnung zu rechtfertigen? Erstens muß es das Verschwinden der verschiedenen syphilitischen Erscheinungen zustande bringen, zweitens muß es fähig sein, die positive Wassermannsche Reaktion in eine negative umzuwandeln, drittens darf es den Organismus selbst bei längerem Gebrauche in keiner Weise schädigen, darf keinen Anlaß zu Nieren-, Magen- und Darmerkrankungen geben.

Da ich ein entschiedener Anhänger der vielversprechenden Abortivkur im Sklerosenstadium bin, habe ich dieses neue Mittel nicht bei Ulcus durum benutzt, dagegen in den beiden anderen Stadien der Lues. Wir haben in einer Reihe von Fällen mit eklatanten Luessymptomen das Lusal ausschließlich allein angewendet, in einer anderen in Verbindung mit lokaler Hg-Salbentherapie oder bei gleichzeitiger lokaler Anwendung der Jodtinktur. Die Dauer einer Kur mit Lusal erstreckte sich auf 48 bis 60 Tage. Das Medikament wurde stets $^1/_2$—1 Stunde nach dem Essen verabreicht, die Patienten schluckten es in einem Löffel Flüssigkeit; begonnen hat jeder einzelne Kranke mit zwei Tabletten pro Tag; er hat jeden vierten Tag um eine Tablette mehr bekommen bis zu dreimal drei Tabletten pro die, und dann in gleicher Weise wieder absteigend die Kur beendet. Vorteilhaft ist es, wenn man während der ganzen Kur saure Speisen und Getränke meidet. Patienten, die sich in dieser Richtung gehalten hatten, haben niemals über Magendrücken oder Durchfall geklagt; unter den 135 Patienten, die wir in der letzten Zeit behandelt haben, fanden sich im ganzen zwei, die im Verlaufe der Behandlung über vorübergehenden Magendruck und Sodbrennen Klage führten, einer von ihnen hatte auch zu Beginn dieser Therapie leichte Diarrhoe, die auf Opiumtropfen und Bismutpulver bald beseitigt wurde. Nierenreizungen wurden mit Ausnahme eines Falles sonst nicht beobachtet. Bei dem Patienten wurde nach 77 Tabletten ein einziges Mal vorübergehend Albumen in

Digitized by Google

Spuren mit 20% Sulfosalizylsäure nachgewiesen. Obwohl man bei allen mit Lusal behandelten Fällen 1—2mal wöchentlich den Urinbefund kontrollierte, wurde in keinem zweiten Falle mehr Albumen vorgefunden.

Die Mehrzahl der Patienten nahm über 260 Tabletten pro Kur ein und selten hatte der eine oder andere Patient an Stomatitis gelitten; es war höchstens dann der Fall, wenn er nicht genügende Mundpflege ausübte und das schädliche Rauchen während der Lusalbehandlung nicht einstellen wollte. Im ganzen haben die Patienten diese Medikation gut vertragen, das allgemeine Befinden war nie wesentlich gestört, auffallende Gewichtsabnahme wurde nicht wahrgenommen.

Artifizielle Exantheme traten im Verlaufe der Kur niemals auf; Jarisch-Herxheimersche Reaktion war zeitweise bei einzelnen frischen Exanthemformen zu Beginn der Behandlung erkennbar. Die Vergrößerung der Drüsen in der Leistengegend und am Halse hat ihre Dimensionen nach der Lusalkur nur in sehr geringem Maße geändert.

Auch wollen wir anführen, daß wir, um den therapeutischen Wert des Lusals möglichst einwandfrei festzustellen, unsere Kranken während der ganzen Beobachtungszeit in einem separaten Spitalsobjekt gehalten haben, in dem sie niemals mit Patienten, die gegen Syphilis graue Salbe eingerieben hatten, beisammen waren.

Das makulöse Exanthem, das wir sechsmal bei unseren Patienten beobachtet haben, schwand bei einzelnen nach 87 Tabletten, bei anderen erst nach 151 Tabletten; dies dürfte zum Teil ursächlich mit der Zeit, welche das Exanthem vor Behandlungsbeginn dauerte, im Zusammenhang stehen.

Großmakulöses Syphilid hatten wir fünfmal Gelegenheit gehabt zu beobachten. Dieses blaßte frühestens nach 69 Tabletten, spätestens nach 127 Tabletten ab. Die Abheilung von drei Fällen mit orbikulärem, makulösem Syphilid erforderte 69—147 Tabletten.

Das makulopapulöse Syphilid bei drei Kranken flachte gänzlich ab, bei dem einen nach 97, bei den beiden anderen erst nach 163 Tabletten. Das reine papulöse Syphilid brauchte zur Rückbildung bei vier Patienten die Dosen von 98—150 Tabletten.

Das jeder spezifischen Therapie fast am längsten trotzende lichenoide Syphilid leistete auch dem Lusal ziemlich lange Widerstand; in zwei Fällen verbrauchte man 132 Tabletten, im dritten sogar 189 Tabletten, bevor der kleinpapulöse Ausschlag verschwunden war.

Gruppiertes papulöses Syphilid in zwei Fällen schuppte langsam nach 97 bzw. 140 Tabletten ab; das papulopustulöse Syphilid vernarbte und gelangte zur Resorption in einem Falle erst nach 170 Tabletten.

Die seltenen luetischen Erscheinungen, Papeln am Zungenrücken, die bei einem Kranken zur Beobachtung kamen, resorbierten sich nach 62 Tabletten. Bei einem anderen Patienten heilte die Corona venerea schon nach 41 Tabletten ab, ohne daß man eine Hg-Salbe lokal eingerieben hätte.

Flache nässende Papeln, von denen wir 66 in Behandlung hatten, trockneten bei einigen Kranken überraschend bald, schon nach 35 Tabletten ab, dagegen hatte man Gelegenheit, bei anderen Kranken das Gegenteil zu sehen; es kam nämlich vor, daß nach 144 Tabletten nicht nur die Papeln nicht abflachten, sondern sogar sukkulenter wurden. Die weichen Infiltrate

Digitized by Google

haben im Verlaufe der weiteren Lusalverabreichung und Lokalbehandlung nur langsam abgenommen und erst nach 220 Tabletten waren die Papeln involviert und überhäutet. Weiter muß man zugeben, daß die hypertrophischen nässenden Papeln ad Genitale, in der Genitokruralfalte und ad anum sich bei reiner Lusaltherapie noch widerstandsfähiger zeigten; in solchen Fällen war man gezwungen, sofort bei Einleitung der internen Medikation von der reinen Lusaltherapie Abstand zu nehmen und noch eine entsprechende lokale Salbenbehandlung zu verordnen; auch war es vorteilhaft, wenn man die syphilitischen Krankheitserscheinungen 2—3mal täglich mit Jodtinktur tuschierte und über die Nacht eine Salbeneinlage mit weißer Präzipitatsalbe applizierte. Kleinere hypertrophische Papeln ad genitale heilten bei dieser kombinierten Behandlungsart frühestens nach 50, solche ad anum nach 90 Tabletten, größere Formen ad genitale erst nach 173 Tabletten, und beetartige Effloreszenzen ad anum verschwanden durchweg langsam erst nach 229 Tabletten.

Auf der Mundschleimhaut hatten wir in 54 Fällen Plaques auf den Tonsillen, ohne stärkere Geschwürsbildung, gesehen und diese kamen nach 63—94 Tabletten zur Abheilung; waren aber tiefere Ulzerationen vorhanden, so erforderte der Heilungsprozeß 150, ja sogar 200 Tabletten. Plaques auf dem weichen Gaumen, dem Zahnfleisch, der Zungenspitze oder dem Lippenrot verschwanden nach 81—100 Tabletten, aber in einem hartnäckigen Fall von Kieferwinkelplaques mußte der Patient 189 Tabletten einnehmen, bis Heilung eintrat. Bei 14 Patienten beobachteten wir, daß trockene, schuppende Papeln am Penisschafte und Hodensacke nach 97—143 Tabletten sich involvierten, wenn man sie gleichzeitig zweimal täglich mit Jodtinktur bestrich.

Diffuse Alopecia specifica des behaarten Kopfes besserte sich zusehends erst nach 250—270 Tabletten, bei gleichzeitiger Lokalbehandlung mit 10%iger weißer Präzipitatsalbe kam es zur völligen Regeneration der Haare. Papulopustulöses Kopfsyphilid bei vier Patienten vernarbte durchschnittlich nach 167 Tabletten, kombiniert mit spezifischer Salbentherapie. Laryngitis luetica bei einem Patienten konnte zur Ausheilung erst nach 202 Tabletten gebracht werden. Nässende Papeln in beiden Mundwinkeln resorbierten sich nach der Menge von 150 Tabletten. Ein Patient hatte neben einem ulzero-serpiginösen Syphilid am rechten Arme eine bohnengroße nässende Papel hinter der rechten Ohrmuschel oben, und diese verheilte, nachdem der Patient 127 Tabletten Lusal eingenommen hatte.

Selbst einige Fälle mit tertiären luetischen Erscheinungen haben der Lusaltherapie keinen Widerstand geleistet und heilten glatt während der Kur ab.

Bei einem Patienten mit tubero-serpiginösem Syphilid am rechten Unterarme heilten die bohnengroßen, derb infiltrierten Knoten nach 190 Tabletten ab. In zwei Fällen mit primären nußgroßen Gummen der Haut am rechten Unterschenkel mit livider Verfärbung des Integuments resorbierten sich die knotigen Infiltrate nach 240 Tabletten mit Hinterlassung einer leicht deprimierten Pigmentnarbe. Ein periostales Gumma des Stirnbeins rechts wurde nach 220 Tabletten zur Rückbildung mit einer eingezogenen Narbe gebracht.

Aus unseren angeführten Beobachtungen geht hervor, daß alle mani-

Digitized by Google

festen Früh- und Spätformen des sekundären Stadiums, bei denen die Wassermannsche Reaktion immer positiven Ausfall zeigte, bei der Verabreichung von Lusaltabletten nach verschieden langer Behandlungszeit abgeheilt sind. Es muß aber erwähnt werden, daß mit dem Schwinden der syphilitischen Erscheinungen das Negativwerden der Wassermannschen Reaktion nicht gleichen Schritt gehalten hat, denn bei einigen Fällen ist die positive Blutprobe erst mehrere Wochen nach Abheilen der Krankheitssymptome negativ geworden. Diese Erscheinung ist jedoch kein Nachteil des neuen Präparates, da wir ja wissen, daß selbst auch nach Hg-Injektionen und Salvarsan im sekundären Stadium die Wassermannsche Reaktion manchmal lange positiv bleibt und in diesen Fällen nur sehr schwer und sehr langsam, stufenweise, ihre Negativität erreicht.

Von 83 genauestens beobachteten Fällen waren vor der Behandlung alle + bis +++ positiv. Nach der Lusalkur reagierten negativ 36 Fälle, das ist 43,37 %; bei den übrigen 47 Kranken blieb weitere Zeit noch die Wassermannsche Reaktion + bis +++ positiv. Berücksichtigt man die Zahl der Tabletten, nach welcher die positive Wassermannsche Reaktion in eine negative Phase sich umwandelte, so wurde festgestellt, daß das Minimum 107, das Maximum 267 Tabletten betrug; im Durchschnitt waren 174 Tabletten imstande, bei unserem Beobachtungsmaterial eine negative Wassermannsche Reaktion zu bewerkstelligen. Daß die positive Wassermannsche Reaktion oft sehr schwer durch eine spezifische Hg-Kur oder durch Milchinjektion, wie sie Kyrle in letzterer Zeit angegeben hat, zu beeinflussen ist, davon haben wir uns bei unseren 47 nach Lusal positiv gebliebenen Fällen zu überzeugen Gelegenheit gehabt. Allen wurden nach der Lusalkur 3—4 Milchinjektionen in steigenden Dosen von 3—12 ccm verabreicht. Man konnte trotzdem auf diese Art und Weise nur siebenmal die positive Phase in eine negative umschlagen sehen. Der übrige Teil der Fälle, die noch nach Milchinjektionen positiv geblieben sind, hat auch nach weiteren 20 halben Hg-Injektionen, kombiniert mit Salvarsan, die positive Wassermannsche Reaktion noch sehr lange Zeit beibehalten.

Wir sehen also, daß das Lusal fast in 44 % der Krankenfälle ziemlich energische Wirkung auf die Luesreagine auszuüben imstande war, und daß auch im Stadium der Lues latens mit positiver Wassermannscher Reaktion, wie ich mich überzeugt habe, in 15 % der von mir bis heute beobachteten Fälle eine negative Reaktion zu erreichen war. Es kann also deshalb das Lusal mit gutem Gewissen bei positiver Lues latens ordiniert werden: sollte vielleicht ab und zu in einzelnen Fällen das Präparat das erstemal nicht genügende Kraft zur Änderung der Reaktion entfaltet haben, so soll man es nicht verabsäumen, folgenden Versuch anzustellen: man macht nach der Lusalkur eine vierwöchige Behandlungspause und läßt darauf eine zweite Kur mit Lusal folgen. So ist es mir gelungen, in drei Fällen Reaktionsveränderung zu erzielen. Sollte dieser Vorgang den gewünschten Effekt nicht zustande bringen, dann müßte man trachten, mit Salvarsaninfusionen oder bei alter Syphilis durch eine intensive intravenöse Jodnatriumkur den Hg-festen Organismus umzustimmen. Daraufhin dürfte dann eine Hg-Medikation den gewünschten Erfolg haben.

Was die Dauerwirkung des Präparates anbelangt, so konnte man mit demselben einen ähnlichen Erfolg erzielen, wie mit einer Injektionskur

Digitized by Google

von 20 halben Hg-Injektionen oder 8 Hg-Touren; auch kann man behaupten, daß der therapeutische Wert des Lusals jenem gleicht, den man mit den anderen internen Quecksilbermitteln zu erreichen pflegt.

Rezidive nach der Lusalkur beobachteten wir bis jetzt dreimal, der eine Patient kam nach 4 ½ Monaten, die anderen zwei nach 6 Monaten, aber mit nur lokalisierten Erscheinungen am Genitale, ad anum und mit Plaques, wieder in unsere Behandlung. Eine genaue Kontrolle über das Verbleiben der übrigen Lusalkranken und den weiteren Verlauf ihrer Krankheit zu üben, läßt sich in der so bewegten Zeit leider nicht so durchführen, wie es sonst im Frieden in den Militärspitälern der Brauch war, wo man solche Patienten in längerer Evidenz halten konnte. Weiter können wir auch mit Bestimmtheit behaupten, daß durch die Kriegsstrapazen die Rezidive bei unseren Patienten rascher folgen als in normalen Zeiten, ob wir jetzt mit dem oder jenem Hg-Präparate behandeln. Wir müssen daher bei den obwaltenden Umständen mit der Dauerwirkung des Lusals ganz zufrieden sein und können annehmen, daß auch bei den anderen Kranken eventuelle Rezidive in der oben angeführten Zeit folgen werden.

Auf Grund der erworbenen Erfahrungen — weil das Lusal den drei wichtigsten, oben angeführten Bedingungen eines guten internen antiluetischen Mittels in vollem Maß entsprochen hat — können wir dasselbe in Tablettenform = Tabl. Hydrargyri c. nuclein. comp.[1]) bei den verschiedensten sekundären Krankheitserscheinungen und bei Fällen von Lues latens mit positiver Wassermannscher Reaktion gut gebrauchen. Ebenso darf das Lusal bei diskreten Nach- und Zwischenkuren und überall in jenen Fällen, in denen man die Absicht hat, den Patienten längere Zeit hindurch unter der Hg-Wirkung zu halten, bestens empfohlen werden.

Herrn Oberarzt Dr. J. Parz danke ich bestens für seine Unterstützung bei der Durchführung unserer Versuche und für die gewissenhafte Kontrolle der beobachteten Fälle.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Zur Epidemiologie und Prophylaxe des Fleckfiebers, von Johann Fonyó-Budapest. (W. kl. W., 1916, Nr. 44.) Nach den Erfahrungen des Verfassers gewinnt der Kampf gegen das Fleckfieber nur dann den erwünschten Erfolg, wenn die Vernichtung der Läuse und ihrer Nisse gelingt. Die Verbreitung der Epidemie besorgen die Rekonvaleszenten, sobald sie unter Verlauste gelangen, ganz gleich, ob dieselben früher verlaust oder frei waren. Die Infektiosität der Rekonvaleszenten dauert etwa drei Wochen. Erfordernis ist, daß in einer Zeiteinheit ohne Unterbrechung ganze Gruppen entlaust werden können. Durch rechtzeitige und energische Aushebung der Verdächtigen und Kranken sowie Isolierung derselben in Beobachtungs- und Kontumazlagern noch vor der vollkommenen Verlausung kann man den Ausbruch einer Fleckfieberseuche verhindern. Nach einer gut durchgeführten Entlausung muß die Epidemie binnen sechs Wochen erlöschen. Nach Ablauf der Inkubationszeit (drei Wochen) können nur diejenigen erkranken, welche noch vor der Entlausung durch infizierte Läuse angesteckt

[1]) Das Präparat „Lusal" wird von der chemischen Fabrik Aktien-Gesellschaft „Medica" in Prag erzeugt und in Handel gesetzt.

Digitized by Google

wurden. Den absoluten Erfolg sichert noch die Entlausung und das Isolieren der Rekonvaleszenten. Gruppen, bei welchen wieder Erkrankungen vorkommen, sind als verdächtig wieder drei Wochen zu isolieren und zu entlausen. H. Vörner-Leipzig.

Zur Epidemiologie und Prophylaxe des Fleckfiebers, von Wiener. (W. kl. W., 1917, Nr. 5.) Bemerkungen zum Artikel von D. J. Fonyó in Nr. 42ff. der W. kl. W., 1916. Nach einigen einleitenden Worten über die Zustände des Kriegsgefangenenlagers in Kenyérmezö wendet sich der Verfasser gegen die Ausführungen Fonyós. Vor allem hält er die Daten bez. der Inkubationsdauer für falsch, und weiter spricht er den Fieberkurven jede Gültigkeit ab. H. Vörner-Leipzig.

Zur Pathologie und Therapie des Fleckfiebers, von Zuelzer. (D. m. W., 1917, Nr. 33.) Die Vergrößerung der Leber und Milz bei Flecktyphus fällt in die Zeit der Inkubation; man kann daher die Infektion schon vor dem Ausbruch des Fiebers feststellen, wenn man daran denkt, diejenigen Menschen, die mit Fleckfieberkranken direkt in Berührung kamen, rechtzeitig auf Leber- und Milzvergrößerung zu untersuchen. Gibt man diesen Leuten Chinin, so geht die Vergrößerung dieser Organe in 6—10 Tagen zurück. Die Untersuchung geschieht am besten mittels der Goldscheiderschen Schwellenwertperkussion unter Benutzung des Struckschen Plessimeters. Was die Behandlung des manifesten Fleckfiebers mit „Hexyl" betrifft, so ist es im späteren Verlauf der Krankheit wirkungslos, dagegen geht die Temperatur, wenn das Hexyl frühzeitig (am zweiten oder dritten Tage) eingespritzt wird, kritisch herunter.
E. Brinitzer-Altona.

Zur Behandlung des Fleckfiebers mit Silbermitteln, von Teichmann. (D. m. W., 1916, Nr. 41.) In einem russischen Gefangenenlager hatte Teichmann Gelegenheit, 33 Fälle von Fleckfieber zu beobachten. Nur die letzten zehn Fälle wurden von ihm mit täglichen intravenösen Silberinjektionen behandelt und gingen alle in Heilung über, während von den ersten 23 Fällen 5 = 21.5% verstarben. Schon vom Tage der ersten Injektion an zeigt die Temperatur eine deutlich abfallende Tendenz. Die Injektionen wurden täglich bis zur Entfieberung gemacht. Nach den Erfahrungen von Teichmann sind im Maximum 8—10 Injektionen erforderlich. Teichmann benutzte zur Injektion das Fulmargin und verabfolgte stets den ganzen Inhalt einer Ampulle (5 ccm). Parallel mit der Entfieberung geht auch die Besserung des Allgemeinzustandes vor sich.
E. Brinitzer-Altona.

Zur Ätiologie des Fleckfiebers, von Hauser. (D. m. W., 1916, Nr. 41). In den für Fleckfieber spezifischen Herden hat Hauser Bakterien nachweisen können, die morphologisch durchaus mit den von Töpfer und Schüssler kulturell gewonnenen übereinstimmen. E. Brinitzer-Altona.

Zur Ätiologie und Behandlung des Fleckfiebers, von Töpfer. (D. m. W., 1916, Nr. 45.) Hauser hat in den für Fleckfieber spezifischen Herden der Haut Bakterien gefunden, die morphologisch mit den von T. gefundenen Erregern in der Laus identisch sein sollen. Schon vor einem Jahre fand T. in Haut- und Organschnitten Haufen kleinster Kugeln, Doppelkugeln und Stäbchen, legte ihnen aber keine ätiologische Bedeutung bei. Angeregt durch die Arbeit Hausers holte T. seine alten histologischen Präparate hervor und konnte die Angaben Hausers bestätigen. Von der von T. angegebenen Behandlung des Flecktyphus mit Fulmargin hat T. nur gute Resultate gesehen.
E. Brinitzer-Altona.

Praktische Bemerkungen zur Ätiologie des Fleckfiebers, von E. Fuld-Berlin. (B. kl. W., 1916, Nr. 43.) Eine Epikrise zu den kritischen Bemerkungen von Friedberger zu demselben Thema. Skeptizismus bezüglich Übertragung des Flecktyphus durch Kleiderläuse findet Verfasser vorläufig noch begreiflich, wenngleich er den Erfolg der Entlausungsverfahren für viel zu sehr in die Augen springend hält, als daß davon praktisch etwas geändert werden würde, ungeachtet aller epidemiologischer Unstimmigkeiten. Der hohen Bewertung der Anaphylaxie verbunden mit der Annahme der Einheitlichkeit des Anaphylatoxins, die dazu führten, die Spezifität des Fleckfiebers überhaupt in Abrede zu stellen und es im wesentlichen als eine besondere Form des gewöhnlichen Typhus hinzustellen, kann sich Verfasser nicht anschließen. Hierbei werden ihm die bei ausgeprägten Fällen so sehr im Vordergrunde stehenden zerebralen Veränderungen und die anatomischen Gefäßveränderungen in den einzelnen Roseolen zu wenig berücksichtigt. E. Klemm-Leipzig.

Zur Ätiologie des Fleckfiebers, von Heinz Zeiss. (D. m. W., 1917, Nr. 39.) Während Felix und seine Mitarbeiter bisher nur Mitteilungen bekannt gegeben haben über die Gewinnung von Bakterienstämmen vom Typus Proteus X_{19} und X_2 aus dem

Digitized by Google

Blute von Fleckfieberleichen, ist es jetzt zum ersten Male gelungen, aus dem Blute von lebenden Fleckfieberkranken Proteusstämme vom Typus X_{19} zu züchten. Die Untersuchungen wurden im Februar bis April 1917 in West-Kleinasien ausgeführt.

E. Brinitzer-Altona.

Beiträge zur Frage von der Beteiligung der Kopflaus an der Fleckfieberverbreitung, von Bruno Heymann-Berlin. (M. Kl., 1916, Nr. 18.) Die Hauptgefahr, die von den Läusen droht, ist die durch sie erfolgende Verbreitung des Fleckfiebers. Während es nun von den Kleiderläusen feststeht, daß sie als Infektionsträger wirken, ist die Ansicht über die Gefährlichkeit der Kopfläuse noch geteilt. Ehe Heymann der Beantwortung dieser Frage nähertritt, gibt er einige Details über Kopf- und Kleiderläuse. Die letzteren sind in Deutschland selbst bei verwahrlosten Individuen nur relativ selten, während die ersteren auf dem Lande und auch in der Proletarierbevölkerung der größeren Städte leider sehr verbreitet und bisher wenig systematisch bekämpft worden sind. Der Verfasser zählt dann die verschiedenen morphologischen Merkmale der beiden Läusearten und ihrer Eier (Nisse) auf, wodurch dieselben voneinander zu differentiieren sind. Im allgemeinen beschränken sich beide Arten auf ihre Ansiedlungsstätten, und nur bei sehr arg verlausten Individuen kommen Kopfläuse auch auf dem übrigen Körper vor, und die Kleiderläuse, die sonst nur vom Hunger getrieben die Kleider verlassen, um bald wieder in dieselben zurückzukehren, sind außer am Körper auch auf dem Kopf zu finden, woraus denn auch die Ablagerung von Nissen an den verschiedenen Stellen resultiert, ebenso wie das Vorkommen von Bastardbildungen. Die Frage, ob die Kopflaus an der Fleckfieberverbreitung beteiligt ist oder nicht, kann man auf zweierlei Wegen zu lösen suchen: 1. durch Tierversuche, 2. durch epidemiologische Beobachtungen. Die Ausführung der Tierversuche stößt auf große technische und Materialschwierigkeiten (für Details cf. Original), und nach der Ansicht des Verfassers hat man bisher weder durch Impfung von Kopfläusefäzes noch durch Stiche derselben auch nur einen positiven Beweis für die Übertragung des Fleckfiebers durch Kopfläuse erbringen können. (Der von englischer Seite [Goldberger und Anderson] berichtete positive Impfversuch ist keineswegs einwandfrei oder überzeugend.) Auch die epidemiologischen Beobachtungen, die im Original sehr ausführlich und interessant beschrieben sind, geben keinen Anhalt dafür, daß die Kopfläuse an der Fleckfieberverbreitung beteiligt sind, denn selbst in benachbarten und in regem Verkehr stehenden Regionen herrscht Fleckfieber nur dort, wo neben den Kopfläusen auch Kleiderläuse reichlich vorkommen, während z. B. die deutsche Bevölkerung mit fast ausschließlicher Pediculosis capitis trotz regen Verkehrs mit den fleckfieberverseuchten Nachbarn (Galizien usw.) von der Krankheit verschont bleibt. „Experimentelle Beweise für die Beteiligung der Kopflaus an der Fleckfieberverbreitung liegen nicht vor, die epidemiologischen Erfahrungen sprechen dagegen." Trotz dieses Schlußwortes, so endet Heymann seine Ausführungen, dürfen wir aber nicht ruhen, sondern müssen aus ästhetischen und hygienischen Gründen an der völligen Ausrottung des widerlichen Ungeziefers unentwegt weiterarbeiten. O. Lasch-Breslau.

Zur Ätiologie des Fleckfiebers, von Rocha-Lima-Hamburg. (Kriegspathol. Tagung in Berlin 1916.) Aus weiteren Untersuchungen, die zum größten Teil während der Fleckfieberepidemie im Gefangenenlager Kottbus 1914—15 ausgeführt wurden, läßt sich schließen, daß der von R. im Archiv für Tropenhygiene 1916 beschriebene Mikroorganismus höchstwahrscheinlich der Erreger des Fleckfiebers ist. Den hervorragenden, dem Fleckfieber zum Opfer gefallenen Forschern Prowazek und Ricketts zu Ehren hat R. diesen Mikroorganismus Rickettsia-Prowazeki genannt. Ob die Rickettsia-Prowazeki zu den Bakterien oder zu den Chlamydozoen-Strongyloplasmen gehört, kann einstweilen noch nicht entschieden werden. Wer von derartigen Mikroorganismen nur Bakterien kennt oder anerkennt, wird sofort die Rickettsien als solche ansprechen, da sie durchaus das Aussehen von Bakterien bieten. Sie färben sich jedoch sehr schlecht mit den gewöhnlichen Bakterienfärbungen und nehmen bei der Giemsa-Färbung einen roten, dem Chromatinrot ähnlichen Farbton an. Nach Gram entfärben sie sich sehr rasch. Sie sind kurz-elliptisch, olivenförmig und haben ungefähr die Größe der kleinsten Bakterien. Sie liegen in der Regel paarweise aneinander, durch eine blasser gefärbte Substanz verbunden, so daß hantelförmige Doppelkörperchen die häufigste Gestalt darstellen, in welcher die Rickettsia gefunden wird. Sie können auch zuweilen große Ähnlichkeit mit sich polar färbenden Bakterien aufweisen, wenn die blasse, die beiden Körperchen verbindende Substanz nicht als schmale Brücke, sondern als breite Verbindung erscheint. Seltener kommen mehrere Doppelkörperchen als kurze Ketten vor. Einige seltene Exemplare

Digitized by Google

weisen größere Dimensionen, besonders in der Länge, auf. Andere Formen aber, die auf morphologisch verschiedene Entwicklungsphasen hindeuten könnten, wurden nicht gefunden. Die Vermehrung dürfte ausschließlich durch einfache Zweiteilung wie bei Bakterien geschehen. Die Rickettsia-Prowazeki wächst nicht auf den gewöhnlichen Bakteriennährböden, wird vom Berkefeldfilter zurückgehalten und kann, wenn vereinzelt, nicht mit Sicherheit von Gewebsbestandteilen (Granulation usw.) unterschieden werden. Das stimmt mit den erwähnten Eigentümlichkeiten des Fleckfiebervirus überein. Nach der Feststellung der auffallenden Häufigkeit dieses Befundes bei Fleckfieberläusen wurde die regelmäßige Abwesenheit desselben bei normalen Läusen aus einer fleckfieberfreien Gegend (Hamburg) nachgewiesen. Die Schwierigkeit der sicheren Feststellung der Rickettsiainfektion der Läuse wurde behoben, als es gelang, bei der histologischen Untersuchung der Fleckfieberläuse ein wichtiges biologisches Merkmal dieser Mikroorganismen aufzudecken, nämlich das parasitäre Leben derselben in den Epithelzellen des Magendarmkanals. In diesen Zellen findet eine lebhafte Vermehrung der Rickettsien statt, und zwar in der Regel zunächst nur in einem begrenzten Teil des Protoplasmas nicht weit vom Kern. Die Eigentümlichkeit, sich in einem scharf abgegrenzten Teil des Protoplasmas zu entwickeln und so neben dem Kern große Zelleinschlüsse zu bilden, erinnert sehr an die Chlamydozoen. In einem weiter fortgeschrittenen Stadium ist das ganze Protoplasma befallen, es wölbt sich nach dem Darmlumen zu und platzt schließlich, wodurch die Rickettsien in das Darmlumen entleert werden. Es kommt auch vor, daß ein Teil des befallenen Protoplasmas sich abschnürt, sich von der Zelle trennt und im Darminhalt als große, kugelförmige, mit Rickettsien beladene Gebilde erscheint. Während zum Nachweis der Rickettsien mit allen ihren morphologischen Merkmalen bei Schnittpräparaten sehr gute Romanowsky-Giemsa-Färbung notwendig ist, lassen sich die Veränderungen der stark befallenen Darmzellen auch bei weniger guter Färbung nachweisen. Das Protoplasma erscheint hell und feinkörnig, im Gegensatz zur dunkeln Färbung und homogenen Beschaffenheit der normalen Zellen. Ein ähnlicher Befund wurde bei der Untersuchung von weit über 100 normalen, aus einer fleckfieberfreien Gegend stammenden Läusen kein einziges Mal erhoben. Es gelang weiterhin noch die experimentelle Erzeugung derselben Infektion bei normalen Läusen aus fleckfieberfreier Gegend durch Ansetzen derselben an Fleckfieberkranken. Die bei 33° gehaltenen Läuse und auch solche, die zuerst bei 23° und später bei 33° gehalten wurden, ebenso wie die dauernd angesetzten, zeigten im Ausstrichpräparat das typische Bild der Fleckfieberläuse, nämlich ungeheure Mengen von Körperchen, welche durch die morphologische und hauptsächlich durch die histologische Untersuchung einiger Läuse mit Sicherheit als die die Darmepithelien parasitierenden Rickettsien festgestellt wurden. Diese experimentelle Erzeugung der bei Fleckfieberläusen erhobenen Befunde gelang unter diesen Versuchsbedingungen ausnahmslos in jedem Experiment, und zwar fast ohne Ausnahmen bei jeder der vielen zu diesen Versuchen verwandten Läuse. Im Gegensatz hierzu wurde niemals bei den an Gesunden und Rekonvaleszenten angesetzten Läusen ein ähnlicher Befund erhoben. Der Zusammenhang der Rickettsiainfektion der Laus mit dem Saugen an fiebernden Fleckfieberkranken ist nun durch viele Beobachtungen und Experimente so einwandfrei erwiesen, daß die Annahme, daß wir es hier mit dem Erreger der Krankheit zu tun haben, berechtigt erscheint. Diese Schlußfolgerung ist um so wahrscheinlicher, als die Rickettsia allen aus den bisherigen Erfahrungen über das Fleckfiebervirus sich ergebenden Voraussetzungen in jeder Weise entspricht. Die Tatsache, daß sie, wenn vereinzelt dastehend, kaum von Granulationen oder kleinen rundlichen Gerinnungsprodukten zu unterscheiden ist, erklärt die Schwierigkeit des Nachweises im Menschenkörper. Die Feststellung der Tatsache, daß nur das Fleckfieberblut die Fähigkeit besitzt, die Rickettsiainfektion der Laus hervorzurufen, und daß die Laus jedesmal diese Infektion erwirbt, wenn sie Blut von Fleckfieberkranken saugt, stellt nicht den einzigen Beweis für die Auffassung dar, daß die Rickettsia-Prowazeki der Erreger des Fleckfiebers ist. Vielmehr besitzen wir im Tierversuch, d. h. in der experimentellen Erzeugung der Krankheit beim Meerschweinchen einen anderen Weg, um die Beziehungen zwischen Rickettsiainfektion und Fleckfieberinfektion der Laus festzustellen. Als Tierversuch ist hier die Einspritzung von Darminhalt der Laus in die Blutbahn, die Bauchhöhle oder das Unterhautgewebe von Meerschweinchen zu verstehen. Während die Meerschweinchen derartige Versuche mit normalen Läusen ohne jegliche Erscheinung vertragen, reagieren sie auf die Einspritzung von infizierten Läusen mit einer fieberhaften Erkrankung, die sich serienweise auf andere Meerschweinchen übertragen läßt, die genau so verläuft wie die Infektion mit Blut von Fleckfieberkranken,

Digitized by Google

und die eine Immunität gegen eine nachträgliche Impfung mit Fleckfieberblut hinterläßt. Aus diesen noch nicht abgeschlossenen Untersuchungen geht bereits hervor, daß die Rickettsia auch genau wie das Fleckfiebervirus etwa fünf Tage braucht, um sich in der Laus zu entwickeln. Mit dem Vorbehalt, der bei nicht abgeschlossenen Untersuchungen am Platze ist, ergibt sich aus diesen Versuchen, daß der fiebernde Fleckfieberkranke stets die Fähigkeit besitzt, Läuse zu infizieren, während der Rekonvaleszent nach dem fünften fieberfreien Tage keine Ansteckungsgefahr mehr bietet, daß eine ungünstige niedrige Temperatur die Entwicklung des Fleckfiebervirus in der Laus zwar erschwert oder verhindert, aber das Virus nicht vernichtet, sondern als latente Infektion bestehen läßt, daß die Vererbung der Infektion möglich ist, aber scheinbar nicht allzuhäufig vorkommt, daß die infizierten Läuse die Infektion beibehalten, wenn sie längere Zeit an Rekonvaleszenten ernährt werden, und schließlich, daß das Ansetzen selbst von großen Mengen infizierter Läuse, sei es an fiebernden Kranken, sei es an Rekonvaleszenten, ohne Schaden von denselben ertragen wird. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Zur Ätiologie des Fleckfiebers, von Methodi Popoff-Sofia. (W. m. W., 1916, Nr. 42.) Durch seine Untersuchungen stellt der Verf. fest, daß die Seren von T. abdominalis-Kranken eine, je nachdem, schwächere oder stärkere Reaktion (Agglutination) auch mit den Plotzschen Exanthematikusbazillen zeigen, und umgekehrt, daß auch die Seren von Flecktyphuskranken Agglutinationen mit dem Eberthschen Keim aufweisen, und dies auch bei Kranken, die vorher keinen T. abdominalis durchmachten oder gar gegen ihn vakziniert waren. Mit den Seren anderswie erkrankter reagieren die Plotzschen Bazillen nicht. Diese auffallende Reaktion weist auf eine nahe Verwandtschaft der beiden Keime hin, die Plotzschen Bazillen lassen sich auch auf aerobem Wege züchten, ohne ihre Eigenschaften zu verlieren. Aus dieser Verwandtschaft lassen sich viele klinischen Erfahrungen erklären, und auch die Beobachtung, daß die Injektionen von Abdominalisvakzine auch bei Typhus exanthematicus-Patienten günstig wirkt.
H. Vörner-Leipzig.

Bakterielle Befunde bei Fleckfieber, von Hermann Reuter-Bromberg. (Zschr. f. Hyg., 1916. Bd. 82, H. 3.) Eingehende Literaturzusammenstellung und bakteriologische Verarbeitung und Vergleich einer Reihe von Stämmen, die Reuter durch Petruschky zur Verfügung gestellt wurden. Näheres im Original. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Der Fleckfiebererreger in der Laus, von Töpfer. (D. m. W., 1916, Nr. 41.) Auf Grund mehrfach wiederholter Untersuchungen hat sich Töpfer von der Spezifität der von ihm und anderen Verfassern gefundenen Gebilden in der Fleckfieberlaus immer mehr und mehr überzeugen können. Nach seinen Beobachtungen ist die Grundform des Fleckfiebererregers ein kurzes, elliptisches Stäbchen; demnach sieht er den Erreger des Fleckfiebers als Bazillus an. Die Erreger kreisen im Blute des Kranken während des Exanthemstadiums, und zwar regelmäßig nur zu Beginn desselben, und werden von der Laus aufgenommen. Die Bazillen vermehren sich in den Darmzellen der Laus so stark, daß ein Ausstrich vom herauspräparierten Darm wie der von einer Reinkultur aus einem Reagenzglas aussieht. Töpfer hat gefunden, daß auch Kopfläuse sich infizieren und daher eine Rolle bei der Übertragung des Fleckfiebers spielen können. Das Eigenartige der Fleckfieberverbreitung besteht darin, daß die Übertragung ausschließlich durch Vermittlung eines Zwischenwirtes, in dem die aufgenommenen Erreger angereichert werden, geschieht. Der kranke Mensch ohne Läuse bietet keine Gefahr für die Weiterverbreitung der Krankheit. E. Brinitzer-Altona.

Über Fleckfieber und Entlausung, von Arneth-Münster i. W. (B. kl. W., 1916, Nr. 44.) Verfasser hält auf Grund seiner epidemiologischen Erfahrungen die Läuse als die Zwischenwirte für von der allergrößten Bedeutung für die Vermehrung und Verbreitung der Krankheitserreger und die Läusebekämpfung zur Verhütung des Fleckfiebers für ungemein wichtig. Der Läusestich könne jedoch nicht als der einzige Übertragungsmodus angesehen werden. Von den Entlausungsverfahren erscheint Verfasser die peinliche mechanische Art der Entlausung, die in der täglichen Durchsuchung der Kleidungs-, Wäsche- und Ausrüstungsgegenstände und des Lagers besteht, als das einfachste und beste. Genauerer Nachprüfung wert erscheint Verfasser die bei anderen Infektionskrankheiten kaum vorkommende Zuckerausscheidung bei Fleckfieber, besonders zu Beginn und zur Zeit der Krise, aber auch in den ersten Tagen danach. Tiefe große Atmung (anhaltend oder zeitweise) zu Beginn, positive Zuckerreaktion im Urin, gleichzeitig positive Diazoprobe (meist zu Beginn besonders stark) und positive Eiweißprobe gehören nach Erfahrung des Verfassers mit zu den wichtigeren diagnostischen Anhalts-

Digitized by Google

punkten und können in unklaren Fällen, zumal wenn sie in ihrer Gesamtheit vorhanden sind, die Entscheidung für die Diagnose „Fleckfieber" wesentlich unterstützen.

E. Klemm-Leipzig.

Über den Fleckfieber-Proteusbazillus (Weil-Felix). Zugleich ein Beitrag zum Wesen der Weil-Felixschen Reaktion auf Fleckfieber, von H. Braun und R. Salomon-Frankfurt a. M. (Zbl. f. Bakt., Bd. 81, H. 1/2.) In kultureller Hinsicht sind zwischen Fleckfieber-Proteusstämmen und anderen vom Menschen gezüchteten Proteusbazillen wesentliche Differenzen nicht nachweisbar. In bezug auf Agglutinogene lassen sich die beim Menschen vorkommenden Proteusbazillen mit Hilfe von Sera, gewonnen von Kaninchen, welche intravenös mit verschiedenen lebenden Proteusbazillen infiziert wurden (Infektionssera), in drei Gruppen einteilen: Die erste Gruppe umfaßt solche Proteusarten, die mit den Fleckfieber-Proteusbazillen entweder gar keine oder minimalste Mengen von Agglutinogenen gemeinsam haben. Die zweite Gruppe umfaßt solche Proteusbakterien, die sowohl mit der ersten Gruppe, wie auch mit der Fleckfiebergruppe in quantitativ verschiedener Menge gemeinsame Agglutinogene besitzen. Manche enthalten mehr gemeinsame Agglutinogene mit der ersten Gruppe, andere mehr mit der Fleckfiebergruppe. Die dritte Gruppe umfaßt die Fleckfieber-Proteusstämme. Diese sind in bezug auf Agglutinogene untereinander nicht identisch. Außer gemeinsamen Agglutinogenen besitzen sie auch differente. Auf 56° erhitzte X 19-Bakterien werden sowohl von den homologen Infektionssera wie von Fleckfieberkrankensera schwächer als lebende agglutiniert. Analog verhalten sich die Nicht-Fleckfieberstämme gegen ihre homologen Sera. Auf 80° erhitzte X 19-Bazillen werden von manchen Fleckfieberkrankensera stärker agglutiniert als auf 56° erhitzte Bakterien, von den Kaninchen-infektionssera werden sie aber stets schwächer agglutiniert. Die agglutinierende Fähigkeit des Fleckfieberkrankenserums wird durch einstündiges Erhitzen auf 56° in den meisten Fällen abgeschwächt, die des Kaninchen-infektionsserums nicht. Erhitztes Fleckfieberkrankenserum läßt sich durch Zusatz von normalem Menschenserum nicht reaktivieren und zeigt die Eigenschaften eines agglutinoidhaltigen Serums (Hemmungswirkung). Die Infektionssera, hergestellt mit x 19- oder 2-Bazillen, agglutinieren auch die Bakterien der Gruppe 2. Die Fleckfieberkrankensera dagegen enthalten nur minimale Agglutininmengen gegen diese Gruppe. Bei der Agglutination der Proteus-Bazillen treten folgende Besonderheiten auf: a) Die Agglutination mancher Stämme durch heterologe Immunsera zeigt keine Abstufungen, sondern hält sich in einer großen Reihe von Verdünnungen auf gleicher und geringer Höhe. b) Mancher Stamm erzeugt ein Serum, das einen anderen Stamm stark agglutiniert, während ein mit letzterem erzeugtes, wirksames Immunserum sich dem ersteren Stamm gegenüber als sehr schwach oder fast unwirksam erweist. Zur Lösung der Frage, ob zwei Proteusstämme gemeinsame Agglutinogene besitzen, müssen also unter Umständen Sera von beiden Stämmen hergestellt werden. Aus den oben mitgeteilten Ergebnissen ersehen wir, daß außer vielen gemeinsamen Eigenschaften auch prägnante Differenzen zwischen Fleckfieberkrankenserum und künstlichem Infektionsserum bestehen.

O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über die Hautkrankheiten im Kriege, von S. C. Beck-Budapest. (Beitr. zur Kriegsheilkunde. I. Jahrbuch des Kriegsspitals der ungarischen Geldinst. in Budapest, 1914—16.) Verfasser gibt eine allgemeine Übersicht der in seinem Spital behandelten Hautkrankheiten. Sogenannte Kriegsdermatosen gibt es nicht viel. Dagegen zeigen die durch tierische und pflanzliche Parasiten verursachten Erkrankungen große Verbreitung. Insgesamt wurden in den anderthalb Jahren 1248 Hautkranke behandelt. Am meisten traten auf: Skabies, Pyoderma, Erysipelas und Erfrierungen aller Grade. Außerdem schildert der Verfasser auch die anderen Dermatosen und gibt auch die daselbst angewandte Therapie an. Zahlreiche farbige Bilder und photographische Aufnahmen tragen zum Verständnis bei. Außer der obenerwähnten Zahl von Hautkrankheiten waren noch 390 venerische Kranke in seiner Behandlung. W. Chrzelitzer-Posen.

Über Simulation von Geschlechtskrankheiten, von Walther Pick. (M. Kl., 1917, Nr. 6.) Pick schildert in sehr interessanter Weise die Versuche, die von Drückebergern gemacht werden, um durch Vortäuschung von Geschlechtskrankheiten sich vom Frontdienst zu drücken. Die Zahl derjenigen, die Geschlechtskrankheiten simulieren,

Digitized by Google

d. h. an sich artifiziell Krankheitsbilder hervorrufen, die diesen ähnlich sehen, ist leider betrüblich groß und nimmt mit der Nähe der Front progressiv zu, während in den Etappen und der Heimat die Fälle fast ganz verschwinden, wenn nicht die Versendung zur Front zu drohen scheint. Am häufigsten wird die Blennorrhoe simuliert, und PLAUT betont mit Recht, daß in nicht mehr ganz frischen Fällen es oft selbst dem erfahrenen Praktiker nicht leicht wird, den artifiziellen Ursprung der Urethritis nachzuweisen. Das beliebteste, weil leicht erreichbare Mittel ist Einspritzung mit starker Seifenlösung, so daß es oft gelingt, bei der Zweigläserprobe in der ersten Portion noch Seifenreste nachzuweisen. Die „Balanitis", „Ulcus molle", „Initialsklerose", „exulzerierte Papeln", „geschwürige tertiäre Syphilis" werden durch Ätzmittel, teils mit starken Hg-Salben, teils mit Laugen hervorgerufen und, wie die beigefügten Abbildungen zeigen, oft in solch „künstlerischer" Form, daß die Diagnose fast unmöglich ist. Anamnese, genaue klinische Beobachtung besonders des Geschwürrandes und immer wiederholte, genaue Visitation des ganzen Körpers, der gesamten Kleidung und Umgebung ermöglichen es oft erst nach längerer Zeit, die Simulanten zu entlarven. PICK hält es für richtiger, derartige Patienten schleunigst zu ihrem Truppenteil an die Front zu schicken, statt ein gerichtliches Verfahren einzuleiten, da durch mehrwöchige Untersuchungshaft die Leute ihr Ziel, sich zu drücken, erreichen. Die Arbeit verdient, im Original gelesen zu werden.

O. Lasch-Breslau.

Zur Frage der Bekämpfung der venerischen Krankheiten, von JOSEF GUSZMANN-Budapest. (Beitr. zur Kriegsheilkunde. I. Jahrbuch des Kriegsspitals der ungarischen Geldinst. in Budapest, 1914—16.) Nach einem ausführlichen Referat über die Ursachen und Verbreitung der Geschlechtskrankheiten stellt der Verfasser folgende Forderungen auf: Jeder Soldat kommt bei der Abrüstung in Stationen zur gründlichen Untersuchung auf Tripper, Ulcus molle und Syphilis. Die krank befundenen Soldaten werden sofort in Behandlung genommen und erst nach vollkommener Heilung bzw. symptomfreiem Zustand entlassen. Ist der symptomfreie Zustand eingetreten, so können die entlassenen syphilitischen Männer den Ort ihres regelmäßigen bürgerlichen Wirkungskreises wieder aufsuchen, wo weitere Beobachtungen und von Zeit zu Zeit erfolgende Behandlung für sie obligatorisch angeordnet wird. Sowohl die gesund befundenen wie auch die durch Behandlung geheilten bzw. symptomfrei gewordenen Soldaten sind vor ihrer endgültigen Entlassung nochmals und sorgfältig dahin zu instruieren, daß sie sich einer Infektion, besonders während der Heimreise, nicht leichtsinnig aussetzen sollen.

W. Chrzelitzer-Posen.

Können wir Ärzte auf dem Gebiete der Hautkrankheiten sehr wesentliche Fettersparnisse machen? von FRIEDLÄNDER. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1917, Nr. 9.) Bei einer ganz erheblichen Zahl von Haut- und venerischen Krankheiten gelingt es unter fast völliger Vermeidung von Fetten, Ölen und Pasten zum Ziele zu kommen: 1. durch physikalische Heilfaktoren, 2. durch arzneiliche Bäder und Massage, 3. durch Trockenbehandlung mit passend gemischten Pudern. E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Am 28. September findet in Frankfurt a. M. unter dem Vorsitze von Geh. Med.-Rat Prof. HERXHEIMER eine Tagung der südwestdeutschen Dermatologenvereinigung statt.

Prof. ERICH HOFFMANN, Direktor der dermatologischen Klinik in Bonn, wurde zum ordentlichen Professor ernannt.

Regimentsarzt Priv.-Doz. Dr. RICHARD VOLK erhielt das Ritterkreuz des Franz-Joseph-Ordens mit Kriegsdekoration und Schwertern.

Stadtverordneter San.-Rat Dr. RUDOLF ISAAC in Berlin ist im Alter von 51 Jahren gestorben.

Der hervorragende Pockenforscher T. F. RICKETTS, Direktor der Smallpox Hospitals in London, ist im Alter von 54 Jahren gestorben.

Der Urologe Dr. MAX ROTH in Berlin ist am 14. Juni, 43 Jahre alt, gestorben. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. TAENZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

10. August 1918 | Nr. 32 | Band 67

Zum Albargin-Pyrogallolbild und über Nuklein- und Nukleinsäurereagentien.

Von

Dr. Josef Schumacher in Berlin.

Die kürzlich mitgeteilte Technik des Albargin-Pyrogallolbildes[1]) lieferte bereits gute Resultate, wie die Abbildungen zeigen. Jedoch gelang es nicht immer, gänzlich niederschlagsfreie Präparate zu erzielen. Dies beruht darauf, daß eine eben frisch mit Leitungswasser angesetzte Albarginlösung zwar niederschlagsfreie Präparate liefert, aber, nachdem sie einige Zeit gestanden hat, infolge des Kochsalzgehaltes des Leitungswassers feinste Niederschläge von Chlorsilber bildet, die so fest den Eiterausstrichen anhaften, daß sie auch durch schärfsten Wasserstrahl beim Abspülen nicht gänzlich zu entfernen sind. Naturgemäß werden sie bei der nachfolgenden Reduktion mit Pyrogallol ebenfalls zu metallischem Silber mitreduziert und wirken alsdann als schwarze, feinste Niederschläge störend. Diesen Mangel, welcher der Methode noch anhaftete, konnte ich inzwischen auf ganz einfache Weise beseitigen, indem ich die Anwendung des kalkhaltigen Leitungswassers ausschaltete und destilliertes Wassers zum Ansetzen der Albarginlösung verwende. Da dieses aber, wie früher mitgeteilt, an sich schlechte Bilder liefert der fehlenden geringen Alkaleszenz wegen, die dem Leitungswasser zukommt, so mußte es mit Ammoniak alkalisiert werden, worauf es ebenfalls ein Albargin-Pyrogallolbild liefert, weit prächtiger als bei Anwendung von Leitungswasser zum Lösen des Albargins. Die Technik der so verbesserten Albargin-Pyrogallolmethode ist folgende:

1 g Albargin wird in 100 ccm destill. Wasser gelöst und hierzu 1 ccm Ammoniakflüssigkeit gegeben. In diese Flüssigkeit werden die Eiterausstriche 2 Minuten lang gestellt, mit destilliertem Wasser abgespült und, wie früher bereits beschrieben, mit Pyrogallol reduziert. Die ammoniakalische Albarginlösung hat vor der mit Leitungswasser angesetzten auch den Vorzug, daß sie sich, in dunkeln Flaschen aufbewahrt, längere Zeit hält.

Das mit der Ammoniak-Albargin-Pyrogallolmethode dargestellte Silberbild der Zelle hat vor dem mit der früheren Methode gewonnenen Bilde zwei große Vorteile. Einmal ist das erhaltene Bild ein völlig klares und niederschlagfreies. Es unterscheidet sich in nichts von einem Leukozytenausstrich, der beispielsweise mit einem tiefbraunen, basischen Farbstoff behandelt worden wäre. Voraussetzung ist auch hierbei wieder wie

[1]) Diese Zeitschrift, 1917, Bd. 65.

Digitized by Google

früher, daß stets gut dünn und gleichmäßig ausgestrichene Präparate verwendet werden, in denen die einzelnen Leukozyten als einzelne Zellen nebeneinander liegen und die Zwischenräume nicht durch Schleim oder Serum ausgefüllt sind. Solche Eiter, die meist von behandelten Fällen stammen, sind ungeeignet. Denn bei solchen Präparaten bindet naturgemäß der zwischen den Zellen liegende Schleim oder das dort befindliche Serum Silber, das ebenfalls nachher reduziert wird und daher braun gefärbt erscheint. Man erhält auch beim Färben solchen Eiters mit Methylenblau ähnliche Bilder. Auch hier erkennt man den zwischen den Zellen etwa vorhandenen Schleim oder vorhandenes Serum an einer schwach hellblauen Färbung, die in den Farbstoffbildern aber nicht so störend hervortritt als bei dem Silberbild, da diese Substanzen verhältnismäßig weniger Farbstoff binden als Silber. Frische, unbehandelte Gonorrhoefälle liefern stets einen geeigneten Leukozytenstrom. Die Methode eignet sich auch zur Färbung von Gefrier- und Mikrotomschnitten.

Ein weiterer Vorzug der Ammoniak-Albargin-Pyrogallolmethode besteht darin, daß die Methode 100mal empfindlicher ist als die gewöhnliche Albargin-Pyrogallolmethode, infolgedessen wir durch die Klarheit des Bildes und die hohe Empfindlichkeit jetzt ein einwandfreies Nukleinsäurereagenz besitzen, das den Forbstoffbildern nicht nachsteht.

Während wir bei der gewöhnlichen Albargin-Pyrogallolmethode nur mit einprozentigen Lösungen ein Silberkernbild erhielten und mit einer Albarginlösung 1 : 1000 kein Kernbild mehr darstellbar war, so gestattet das verbesserte Albargin-Pyrogallolverfahren noch ein Silberkernbild mit Lösungen von 1 : 1000 glatt in zwei Minuten darzustellen. Selbst Lösungen von 1 : 10000 liefern bei 15 Minuten langer Einwirkung noch ein Kernbild, wenngleich diese Bilder nicht so hübsch sind als diejenigen mit der 1%igen Lösung gewonnenen. Mit der zunnehmenden Empfindlichkeit der Methode ist naturgemäß auch der Nukleinsäurenachweis in der Zelle 100mal so empfindlich geworden, durch die Klarheit der Bilder auch gleichzeitig exakter.

Konnten wir uns an dem gewöhnlichen Albargin-Pyrogallolbild ungefähr vorstellen, wie eine Urethralschleimhaut mikroskopisch aussieht nach einer Albargininjektion 1 : 1000, so können wir dies mit der neuen Methode direkt demonstrieren. Wir sehen die Zellkerne und Gonokokken gebräunt und erkennen gleichzeitig, daß auch die Gonokokken bereits nach einer Einwirkungszeit von zwei Minuten der Lösung 1 : 1000 das Silber schon chemisch gebunden haben, eine Beobachtung, die für die therapeutische Frage von größter Bedeutung ist, wie lange sollen und müssen Albargininjektionen, bzw. Silbersalzlösungen bei der Gonorrhoebehandlung gehalten werden, um wirksam zu sein? Wir brauchen die Patienten nach dem histochemischen Bild und nach meinen klinischen Erfahrungen nicht damit zu quälen, wie früher besonders von der Neisserschen Schule geübt, die Injektionsflüssigkeiten 15 Minuten und länger halten zu lassen. Der chemische Prozeß zwischen der Zellkernnukleinsäure und dem Ag-Ion verläuft fast momentan, wie man histochemisch kontrollieren kann. Zwei Minuten zur Einwirkung von silberhaltigen Antigonorrhoizis sind mehr als ausreichend. Den hier noch ausstehenden Nachweis, daß auch die Gonokokken innerhalb zwei Minuten mit dem

Digitized by Google

Silberion reagieren, bringe ich bei der Schilderung der Darstellungsmethoden des Gonokokkenkerns, da die Gonokokken im gewöhnlichen Albargin-Pyrogallolbild nicht gerade leicht wahrnehmbar sind.

Was die andere Frage unseres Themas über die Unterscheidung von Nuklein- und Nukleinsäurereagentien anlangt, so erwähnte ich in meiner ersten Albarginarbeit, daß uns hierzu zwei Methoden zur Verfügung stünden. Einmal konnten wir durch wiederholte Behandlung mit Silbernitrat oder Albargin und Kochsalz der Leukozytenzelle den größten Teil der Nukleinsäure entziehen. Wie der verfeinerte Nukleinsäurenachweis mit der Ammoniak-Albargin-Pyrogallolmethode zeigt, wird durch zehnmalige Behandlung einer Leukozytenzelle mit Silbernitrat oder Albargin und Kochsalz die gesamte Nukleinsäure der Zelle kalt entzogen. Das restierende Kerneiweiß färbte sich dann bei Nachbehandlung mit verschiedenen Reagentien entweder noch (Methylenblau, Pyronin, Phosphin) oder es blieb ungefärbt (Albargin-Pyrogallol, Osmium- und Rutheniumchlorid, Methylgrün). Erstere sind Nukleinreagentien, letztere Nukleinsäurereagentien. Als zweite Methode zur Unterscheidung dieser Reagentien gab ich ebendort an das Kochen der Ausstriche mit 2%iger HNO_3. Fest steht, daß durch diese Behandlung alle im Kern enthaltene Nukleinsäure aus diesem chemisch abgespalten wird, wie wir dies ja auch aus der Makrochemie (Spaltung der Nukleoproteide durch Kochen mit Säuren) bereits wissen. 15 Minuten langes Einstellen der stark in der Flamme fixierten Ausstriche in 2%ige siedende HNO_3 (HNO_3 2,0, Aqu. 98) genügt stets, um alle Nukleinsäure aus dem Zellkern zu entfernen.

Der alte nur relativ wenig empfindliche Nukleinsäurenachweis mit gewöhnlicher Albargin-Pyrogallollösung ergab nach dem Kochen der Ausstriche mit 2%iger HNO_3 schon oft ein negatives Resultat, die Präparate waren also anscheinend schon nukleinsäurefrei, wenn die Kerne der so behandelten Zellen sich noch gut mit basischen Farbstoffen färbten. Diese Beobachtung eines Nukleinsäureschwundes bei noch erhaltenen Farbstoffkernbildern erwies sich aber der außerordentlich viel empfindlicheren Ammoniak-Albargin-Pyrogallolmethode gegenüber nicht als haltbar. Es zeigt sich nämlich bei verschieden langem Kochen der Eiterausstriche in HNO_3 (5—10—15 Minuten lang), daß gleichzeitig mit dem Verschwinden der Farbstoffzellkernfärbung auch erst die braune Färbung des Zellkerns durch die verfeinerte Albargin-Pyrogallolmethode verschwindet. Solange ein gekochtes Präparat mit basischen Farbstoffen noch ein Zellkernbild liefert, solange läßt sich mit der verbesserten NH_3-Albargin-Pyrogallolmethode auch noch Nukleinsäure nachweisen. Hieraus erkennt man, daß bei längerem Kochen der Zellen mit HNO_3 gleichzeitig mit der Nukleinsäureentfernung auch die im Kern vorhandenen sauren Eiweiße entfernt werden, andernfalls eine Nachfärbung der Kerne mit basischen Farbstoffen möglich sein müßte. Das restierende basische Kerneiweiß übrigens ist auch dann noch wohl erhalten und mit Eosin färbbar.

Digitized by Google

Symptome und Diagnose der Lepra, mit Bericht über Krankheitsfälle [1]).

Von

Dr. Howard Morrow uud Dr. A. W. Lee in San Francisco.

(Übersetzt von Dr. Albert Kaufmann in Bad Wildungen.)

In vorliegender Arbeit sollen die Beobachtungen über Lepra veröffentlicht werden, die sich als das Resultat eines Studiums dieser Erkrankungen im Isolation Hospital von San Francisco an Fällen aus der Privatpraxis und an Patienten der University of California Hospital darstellen. Die dreizehn Leprafälle im Isolations-Hospital sind sämtlich chronische, und die Mehrzahl derselben zeigen Symptome, die sämtlichen Stadien der Krankheit eigen sind.

Lepra ist eine chronisch infektiöse Krankheit, die durch einen halbsäurefesten Mikroorganismus verursacht wird, der morphologisch in etwas dem Tuberkelbazillus gleicht. Nach seinem Eindringen in den menschlichen Organismus bewirkt der Bazillus diagnostisch auffallende Veränderungen des Körpers.

Lepra muß als eine Krankheit betrachtet werden, die den Körper in seiner Gesamtheit befällt und zu irgend einer Periode ihres Auftretens das eine oder das andere Gewebe, vielleicht auch sämtliche Gewebe schädigt. Diese Schädigung offenbart sich bei längerem Bestehen der Krankheit indirekt in einem Nachlassen der Körperkräfte, wodurch der Boden für eine interkurrente Krankheit vorbereitet wird. Direkt äußert sich die Krankheit durch Veränderungen in den verschiedenen Organen nach dem Eindringen des Leprabazillus in dieselben.

Wenn auch, wie gesagt, jeder Körperteil im Verlaufe einer Leprainfektion befallen werden kann, werden wir uns in der vorliegenden Schrift zumeist auf die pathologischen Veränderungen der Haut beschränken, da letztere in einem großen Prozentsatz der Fälle die Diagnose Lepra überhaupt erst ermöglichen. Es können diese Hauterscheinungen bei Lepra zwar in mehr oder weniger voneinander abgegrenzte klinische Gruppen eingereiht werden; indessen ist der Übergang der einen Form in die andere, wie auch ein gleichzeitiges Nebeneinandergehen verschiedener Formen bei jeder Gruppe der Hautlepra durchaus möglich. Die letztere kann die Form eines makulären Exanthems annehmen, oder es können infolge Nervenaffektion Störungen trophischer Art auftreten; Pigmenthöfe können zu- oder abnehmen und hypertrophische Prozesse sich im Korium und den überlagernden Schichten entwickeln.

Geringe, aber auch bedeutende Veränderungen kommen bei der makulösen Lepra zur Beobachtung; die erkrankten Partien nehmen einen größeren oder kleineren Raum ein; die Peripherie derselben ist gewöhnlich rund oder eiförmig mit in der Regel scharf abgegrenzten und aufgeworfenen

[1]) Vortrag, gehalten in der dermatologischen Abteilung der 66. Jahresversammlung der American Medical Association in San Francisco, Juni 1915 (J. Americ. Med. Ass.)

Digitized by Google

Rändern. Anfangs sind diese Flecken glänzend rot, spielen aber bald in ein rötliches Braun über. In dem weiteren chronischen Verlauf blaßt allmählich das Zentrum ab, und es entstehen durch Verschmelzung der Grenzen kreisförmige Figuren. Die Ränder derartiger Veränderungen erinnern durch ihre tiefrote Verfärbung an eine gewisse Form von Erythema multiforme; zeitweise sind die äußersten Grenzen auch stark pigmentiert. Das sich aufhellende Zentrum hat entweder eine fahlgelbe oder auch die normale Hautfarbe der infizierten Personen. Dort, wo Lepraflecken auftreten, nimmt die lokale Schweißabsonderung ab, die Hautoberfläche erscheint unregelmäßig gefaltet und schuppig. Die Leprabezirke zeigen während der ersten Monate ihrer Entwicklung entweder keine Sensibilitätsstörungen oder aber Hyperästhesie. In späteren Stadien werden diese Makulae gewöhnlich anästhetisch. Bei einer akuten Exazerbation eines lange bestehenden makulären Lepraausschlages glüht derselbe, ähnlich wie in seinen Anfangsstadien, in glänzendem Rot.

Gelegentlich beobachtet man Pigmentflecken, die nicht auf dem Boden eines Lepraausschlages entstanden sind. Andererseits treten auch Depigmentationen an Stellen auf, die vorher nicht der Sitz von Krankheitsveränderungen gewesen sind.

Die normalen Körperfunktionen leiden unter dem Auftreten der makulären- und Pigmentveränderungen in vielen Fällen gar nicht. In anderen Fällen ist der unglückliche Kranke in einem gewissen Stadium auch zu den einfachsten Verrichtungen unfähig und kommt schließlich in einen Zustand, der sich wenig von demjenigen einer gekrümmten Mumie Ägyptens oder Perus unterscheidet. Zu dieser Zeit wird auch das Nervensystem direkt angegriffen; da die ulnaren und peronealen Nerven am meisten leiden, werden die Hände und Füße am meisten mißgestaltet. Hin und wieder sind die Nervenstränge so sehr verdickt, daß man sie leicht palpieren kann und die feinen Hautnerven sind sogar so geschwollen, daß man sie nicht bloß fühlen, sondern tatsächlich auch sehen kann. Bei fortschreitender pathologischer Nervenveränderung geraten die Flexorenmuskeln der Hände in eine derartige Kontraktionsstellung, daß die sogenannte „Lepraklaue" entsteht. Die Finger und Zehenknochen können in diesem Stadium der Lepra, ohne zu ulzerieren, infolge einer rarefizierenden Ostitis völlig absorbiert werden. Das führt dann zur Bildung des sogenannten „Stumpf" und zu dem klinischen Bilde der Lepra mutilans. Bei diesen Formen der Nervenlepra entstehen große und zahlreiche Geschwüre, die Augen werden zerstört, die Nasenbeine fallen ein, und die Nasenlöcher schrumpfen. Finger und Zehen stoßen sich in dieser Periode der Infektion spontan ab. Selten treten bei den nervösen Formen Blasen auf, die auf allen Körperteilen, am meisten aber an Händen und Füßen anzutreffen sind.

Die Lepra tritt auch in anderer als der eben beschriebenen Form auf; so in Knötcheneruptionen auf dem Gesicht, den Beinen und dem Rumpf, klinisch als „nodulare Lepra" bezeichnet. Ein frühes Zeichen des Knötchentypus ist die Heiserkeit, die durch Larynx- und Pharynxschädigung bedingt ist. Diese submukösen Knötchen haben die Tendenz, geschwürig zu zerfallen, heilen aber gewöhnlich, während gleichzeitig die Exazerbationen nachlassen. Die Krankheitsherde können klein oder groß sein; in der Regel wird das Gesicht am meisten befallen. Kommt es zur Rückbildung der

Digitized by Google

Knötchen im Gesicht, so kann man auf demselben sehr verschieden große Knoten beobachten, während auf dem Körper gewöhnlich nur kleinere angetroffen werden. Hin und wieder erscheint auch ein Fall, bei dem die Knötchen nicht eigentlich in der Haut, sondern unter der Haut sitzen; in derartigen Fällen ist es fast unmöglich, die Knötchen zwischen den untersuchenden Fingern zu fassen, da sie mit den darunterliegenden Geweben verwachsen sind. Beim Zusammendrücken der Knötchen des gewöhnlichen Typus hat man ein ähnliches Gefühl, wie wenn man miliare Gummas palpiert. Es ist nichts Ungewöhnliches, wenn man große Komedonen in den Leprakoten des Gesichts und Stammes bemerkt. Neben diesen ausgesprochenen Veränderungeen bei der nodulären Gesichtslepra fallen noch die tiefgefurchte Stirn, die Verbreiterung der Nase, die Verdickung der Lippen, die Schwellung der Haut an den Außenpartien der Augenbrauen, mit einem Wort der wohlbekannte „Löwenausdruck" des Gesichtes auf. Das Haar der Augenbrauen fällt gewöhnlich aus und das der Kopfhaut neigt zu vorzeitigem Ergrauen. Bei ausgeprägter Knötchenlepra stehen die Läsionen gewöhnlich in Gruppen; sie sind rötlichbraun und werden bei einer Exazerbation glänzender. Sie werden ganz früh anästhetisch. Entweder verschwinden die Knötchen in einigen Monaten oder persistieren Jahre hindurch mit oder ohne Ulzeration. Die Ulzerationen hinterlassen nach erfolgter Heilung Narben; zerfallen die Knoten nicht geschwürig, so werden die abgeheilten Läsionen durch Stellen, die tiefpigmentiert sind oder narbige Atrophie zeigen, markiert.

In den späteren Stadien tritt eine abgegrenzte Desquamation der Haut gewöhnlich an den unteren Gliedmaßen auf, die so stark werden kann, daß sie einer schweren Ichthyosis gleicht.

Die subjektiven Beschwerden der Lepra sind Übelbefinden, umherziehende neuralgische Schmerzen, Anorexie und ein Daniederliegen der geistigen und körperlichen Funktionen. Zeitweise tritt ein allgemeiner Schweißausbruch mit Fieber auf, ähnlich den verschiedenen Fiebertypen bei der Malaria. Während einer Exazerbation steigern sich alle diese Symptome. Mit der nervösen Form sind Parästhesie und neuralgische Schmerzen verknüpft.

Die Lepra der Augen hat eine so ernste Bedeutung, daß eine kurze Beschreibung der gewöhnlichen klinischen Symptome nicht umgangen werden kann. Das Auge wird bei allen Typen der Lepra und gelegentlich schon im frühen Stadium derselben zumeist mit ergriffen.

Die nervöse Form der Lepra geht vielfach mit exzessivem Tränenfluß einher, auf welchen eine abgegrenzte Xerosis mit späterer Schleimhautschrumpfung und verschiedenen Lidverkrümmungen folgt. Durch Lähmung der Lidmuskeln und Schlußunfähigkeit der Lider trocknet die Kornea aus, das Epithel stößt sich ab; es kommt zu tiefen Infiltraten im Parenchym, sowie zu Verlagerungen des Augapfels. Oft wird chirurgische Hilfe erforderlich. Bei der nodulären Form der Lepra entwickeln sich Knötchen in der Konjunktiva, in der Kornea und in der Iris. Iritis tritt gewöhnlich in den späteren Stadien auf. Die tieferen Knötchen in der Kornea neigen zur Ulzeration, und häufig beobachten wir eine Tendenz zur Degeneration des ganzen Uvealtraktus. So entsteht Schrumpfung der schmerzhaften Globi, die die Enukleation erforderlich machen.

Digitized by Google

Diagnose.

Sehr vorgeschrittene Fälle von Knotenlepra sind leicht zu diagnostizieren. Der charakteristische Löwenausdruck kann kaum mit etwas anderem verwechselt werden. Die frühen Formen der Lepra ähneln allerdings bis zu einem gewissen Grade der Syphilis oder dem Lupus. Die kleinen wie die großknotigen Lepraformen sind zuweilen den gutartigen multipeln zystischen Epitheliomen und dem Xanthema tuberosum simplex ähnlich.

Liegen nur erythematöse oder Pigmentveränderungen vor, so wird eine positive Diagnose nur aus dem Verlaufe der Krankheit und der Beobachtung sensorialer Störungen gemacht werden können. Das wird besonders in der generalisierten flüchtigen Form der Fall sein, die mit gewissen Symptomen des Erythema multiforme Ähnlichkeit besitzt. Nur bei sorgfältigster Untersuchung der sensibeln Störungen wird man ringförmige Lepraausschläge von anderen kreisförmigen Hauteffloreszenzen unterscheiden können; dasselbe gilt von den hyperpigmentierten und den depigmentierten Formen.

Der als Lepra mutilans bekannte Zustand ist von der Syringomyelie zu unterscheiden. Bei letzterer Krankheit besteht eine Dissoziation der Sinneswahrnehmungen; es fehlen auch die anderen Kennzeichen der Lepra. In zweifelhaften Fällen muß ein Teil des entarteten Nerven entfernt werden, um die Gegenwart von Bazillen nachzuweisen; diese diagnostische Maßregel hat sich jedoch vielfach als völlig unzureichend erwiesen.

Will man ausreichendes Material von Knötchenlepra zum Zwecke der Laboratoriumsuntersuchung gewinnen, so muß ein Knötchen ganz oder teilweise ausgeschnitten werden. Folgende Methode hat uns die besten Dienste geleistet: das Knötchen wird zunächst mit einem Starmesser gespalten und durch die Öffnung eine kleine Kürette tief in die erkrankte Partie gestoßen. Das gewonnene Material wird wie gewöhnlich auf Glas fein ausgestrichen und vermittels der gebräuchlichen säurefesten Methoden gefärbt. Sind zahlreiche Bazillen vorhanden, so genügt dieser Nachweis. Wenn aber nur wenige Organismen gefunden werden, so sind das Kulturverfahren und der Tierversuch heranzuziehen, um dieselben vom Tuberkelbazillus zu unterscheiden.

Bei der Knötchen- und Mischform der Lepra ist, selbst wenn Syphilis ausgeschlossen werden kann, der Wassermann häufig positiv. Er ist in fast allen Fällen mit Lepraantigen positiv. Bei dem anästhetischen Typus ist derselbe im allgemeinen negativ oder zum mindesten schwächer positiv als bei den anderen Formen. In allen Stadien der Krankheit ist die Luetinreaktion negativ, wofern nicht eine Komplikation mit Lues vorliegt.

Krankheitsfälle.

Fall 1. Jim, 34 Jahre alt, aus Honolulu gebürtig, befand sich sieben Jahre lang im Isolations Hospital. Er ist verheiratet, seine Frau gesund. Drei Kinder von ihm starben in der Kindheit. Ein Oheim seiner Ehefrau leidet an Lepra. Er kam vor neun Jahren nach Kalifornien von den hawaischen Inseln her mit einem perforierenden Geschwür an der Fußsohle. Bald darauf traten Knötchen auf. Es besteht jetzt eine ungewöhnlich schwere Form der Knotenlepra im Gesicht, am Körper und an den Gliedmaßen. Auf dem Gesicht ist kein Härchen zu sehen; das Haupthaar ist dick, trocken und vorzeitig ergraut. Am harten Gaumen sind Lepraknoten zu bemerken. Auf dem Körper besteht der Lepraausschlag in gruppierten lentikulären Papeln, von denen einige tuberös vergrößert, andere

Digitized by Google

geschwürig zerfallen sind. Am zahlreichsten weisen die Hände Geschwürsbildungen auf, die als Brandfolge aufzufassen sind. Es besteht Atrophie der Hoden, beginnende Atrophie der Glieder und fortschreitende Anästhesie derselben. In der linken Hohlhand bemerkt man umschriebene Lepraknoten und viele Pigmentflecken. Viele perforierende Geschwüre bedecken die Füße. Das rechte Auge zeigt Infiltration und ein Ödem an der temporalen Seite der Konjunktiva mit einem kleinen weißlich infiltrierten Flecken an der anstoßenden Partie der Kornea. Die pupilare Zone der Kornea ist nicht ergriffen, das Sehen nicht eingeschränkt. Ähnliche Veränderungen an der Konjunktiva werden am linken Auge beobachtet, die zumeist an dem unteren Schläfenrand des Limbus ausgesprochen sind. Die Kornea ist ungetrübt und das Sehen erhalten. Wassermann negativ mit syphilitischem Antigen und positiv mit Lepraantigen.

Fall 2. James, ein 63 Jahre alter Farbiger, ist in Maryland geboren. Er ging als Koch mit dem Heere nach den Philippinen und kehrte im Jahre 1899 nach Kalifornia zurück. Der Ausbruch der Krankheit erfolgte im Jahre 1908 in Form miliarer Knötchen im Gesicht. Später entwickelten sich auch in den Augen Knoten. Augenbrauen und Lider sind noch mit Haaren besetzt. Die Gesichtsknoten wurden resorbiert. Die Haut auf den Handrücken sieht glänzend aus, ist verdickt und zeigt die gewöhnliche mit einigen verstreuten Knoten durchsetzte Schwellung. Es besteht muskuläre Atrophie; die Sensibilität ist noch gut erhalten. Die Haut der Beine ist trocken, glänzend, schuppig und dunkler als an dem übrigen Körper. Drei Jahre vorher hatte man ihm sein rechtes Auge enukleirt, um ihn von den Schmerzen, die ihm die bestehenden Lepraknoten in der Hornhaut bereiteten, zu befreien. Das linke Auge zeigt eine knotenförmige Verdickung in der Mitte des oberen Lides. Ein weißgrauer schattiger Ring umgibt die Kornea, der am oberen Rande am breitesten ist und einem Arcus senilis gleicht. Dunkelgraue punktförmige Flecke sind auf der Mitte der Kornea zu bemerken. Die Sklera weist das unregelmäßige Pigment der afrikanischen Rassen auf. Wassermann negativ mit syphilitischem Antigen, positiv mit Lepraantigen.

Fall 3. Fong Gong, ein Chinese von 47 Jahren, zeigt den Knötchentypus. Die Gesichtsknoten sind sehr groß. Zahlreiche Knoten auf Kinn, Wangen und Augenbrauen. Er hat die Sattelnase und den Löwenausdruck. Das Haupthaar ist normal, Augenbrauen und Lider sind unbehaart. Seine Ohren sind groß und unempfindlich. In den Knötchen der Nase und der Wangen sind viele dicke Komedonen. Die Hände sind aufgeschwollen, von der charakteristischen dunkelbraunen, ins blaue spielenden Hautfarbe. Die Handflächen sind charakteristisch trocken. Es besteht teilweise Anästhesie der Hände; muskuläre Atrophie ist jedoch nicht zu bemerken. Die Haut des Rumpfes zeigt besonders auf dem Rücken diffuse Verdickung, Überbildung der normalen Partien und einen ausgebreiteten, fahlfarbigen, konfluierenden, fleckigen Ausschlag. Auf der befallenen Partie sind tiefaraune Knoten verstreut. Noch einige Jahre zuvor war dieser Zustand bei weitem mehr busgesprochen. Er ist ein hervorragendes Beispiel von Elefantenhaut. Anästhetische Zonen sind über dem Körper verstreut, und einige Knoten sind ebenfalls anästhetisch. Die Haut der Beine ist diffus verdickt, dunkelbraun verfärbt und runzlig. Auf der Fußsohle besteht eine Knötcheneruption. Es liegt ferner vollständige Anästhesie der Füße vor. Am Ballen der rechten großen Zehe befindet sich ein perforierendes Ulkus. Knötchen auf den Augenlidern verhindern infolge ihrer Größe mechanisch das Öffnen derselben. Das rechte Auge weist quadrilaterale Atrophie des Augapfels auf. Es besteht Applantation der Kornea mit zahlreichen grauverfärbten Narben. Keine Lichtperzeption. Im linken Auge ist die Kornea mit grauweißen Infiltraten verschiedener Größe durchsetzt. Es besteht Lichtscheu. Partielles Sehen ist erhalten.

Fall 4. Bill, 34 Jahre alt, Matrose, in Honolulu, von englischen Eltern abstammend, ist drei Jahre lang im Isolations Hospital gewesen. Die Krankheit enstand vier Jahre vorher mit Verdickung der Nase und der Ohren. Die Gesichtshaut ist graugelblich verfärbt und wellig verdickt. Die normalen Konturen gehen ins hyperplastische. Es besteht Xanthelasma und rechtsseitige Fazialislähmung mit konstanter rhythmischer Muskelkontraktion am rechten Auge. Die Lider sind, abgesehen von der rechtsseitigen Lähmung, normal. Die Konjunktiva der Augäpfel ist injiziert. Das Haar der Augenbrauen ist zum großen Teil ausgefallen. Die Ohren sind vergrößert und die Haut derselben verrunzelt. Die Empfindung im Gesicht ist aufgehoben oder abgeschwächt. Herabgesetzte Sensibilität besteht auch an den Vorderarmen und Händen, zumeist im Gebiet der ulnaren Nerven. Thenare und hypothenare Erhabenheiten sind geschwunden. Die Palmae sind trocken, die normalen Konturen treten scharf hervor. Die Finger sind verdickt, kolbig, die Haut

Digitized by Google

glänzt. Hier ist die Farbe brauner als auf dem übrigen Körper. Die Haut der Füße ist braun, glänzend; die Fußsohlen sind stellenweise tief pigmentiert. Es bestehen keine Störungen in der sinnlichen Wahrnehmung. Vorderarme und Beine sind mit etwa einem Dutzend subkutaner Knötchen bedeckt, die nicht gerade scharf abgegrenzt sind; über denselben ist die Haut etwas verdickt, schwach gerötet. Nach einigen Wochen verschwinden diese Knötchen und neue treten auf. Sie sind anästhetisch; man kann in ihnen Leprabazillen nachweisen.

Fall 5. Dan, 30 Jahre alt, in Griechenland geboren, kam vor 13 Jahren nach Amerika und war 4 Jahre lang im Isolations Hospital. Die ersten Symptome der Erkrankung wurden im Jahre 1910 bemerkt; sie traten in Form von Augenveränderungen auf. Später entwickelten sich Papeln an den Wangen und auf den Hüften, und gelegentlich einer Exzision einer dieser Papeln wurden zahlreiche säurefeste Bazillen festgestellt. Später trat muskuläre Atrophie an den Händen auf, und zurzeit beobachten wir spärlich verteilte Lepraknoten auf dem Gesicht. Das Haar von Augenbrauen und Gesicht ist ausgefallen. Am weichen und harten Gaumen sind Knötchen aufgetreten. Einige Knötchen auf dem Handrücken sind rötlichbraun, trocken, glänzend und von unregelmäßiger Oberfläche. Die Hände sind trocken; es besteht thenare und hypothenare Atrophie.

Immerhin ist die Muskelkraft und auch die Sensibilität in den Händen noch genügend erhalten. Das Zentrum der Kornea des rechten Auges ist der Sitz einer ektatischen Narbe, zu welcher zahlreiche längliche Blutgefäße aus der umgebenden Sklera hinstreben. Die vordere Kammer ist tief. Infolge einer alten Iritis ist die Pupille verzerrt. Ähnlich dem rechten Auge ist auch das linke. Rechts ist er imstande die Finger zu zählen, während links nur die Lichtperzeption erhalten ist. Wassermann negativ mit syphilitischem Antigen, positiv mit Lepraantigen.

Fall 6. Ah Fong, 33 Jahre alt, in Kanton geboren, war 4 Jahre lang im Isolations Hospital. Dunkelrotbraune Flecke bedecken das Gesicht. Dieselben sind im Verschwinden begriffen. Dunkelbraun pigmentierte runde Ausschläge an den Hüften; die Haut an den Hüften, Beinen und Füßen ist schuppig und dunkelbraun. Die Sensibilität ist, speziell an den unteren Gliedmaßen, herabgesetzt.

Fall 7. Yee Foo, 57 Jahre alt, ist 12 Jahre im Isolations Hospital gewesen. Fünf Jahre vor seiner Aufnahme waren im Gesicht des Patienten typische Lepraknötchen aufgetreten. Dieselben waren in großer Ausdehnung und dicht über dem Gesicht hin verbreitet. Fast alle sind resorbiert, mit Hinterlassung von dunkelbrauner, besonders an den Wangen sichtbarer Pigmentation. Augenbrauen und Lider sind noch behaart; auch die Ohren sind normal. Ausgeprägte Empfindungsstörungen weist das Gesicht nicht auf. Diese Knoten brauchten Jahre, um sich voll zu entfalten. Die Haut des Körpers ist trocken, runzlig, glänzend und etwas verfärbt. Die Handflächen sind trocken. Die kleinen Finger befinden sich in mäßiger Kontrakturstellung, sind auch bis zu einem gewissen Grade muskulär atrophisch. Das Empfindungsvermögen ist entweder herabgesetzt oder aufgehoben. Diese Veränderungen in den Händen sind neueren Datums und zeigen die fortschreitende Ergriffenheit der Nerven, wodurch die Mischform der Lepra zustande kommt. Das rechte Auge ist, abgesehen von einigen alten Narben, wohl erhalten. Am linken Auge beobachtet man Sklerainjektion, die am oberen und unteren Rande besonders ausgeprägt ist. Vier Millimeter vom oberen Limbus entfernt, findet sich ein grauweißes Infiltrat der Kornea, während im Unterteil der Kornea einige weißlich infiltrierte Flecke hervorschimmern. Die Iris ist farblos und verdickt. Das Sehvermögen ist herabgesetzt.

Fall 8. Frank, ein Chinese, in Kanton geboren, 32 Jahre alt, ist einundeinhalbes Jahr im Isolations Hospital gewesen. Drei Jahre vorher hatte das Leiden mit Gefühllosigkeit in den Händen begonnen; dann traten im Gesicht Flecken auf, die seit jener Zeit aufgehellt sind. Auf dem Gesicht sind einzelne Partien noch anästhetisch; an den unteren Partien des Rückens bemerkt man noch die Überbleibsel eines nicht scharf abgegrenzten makulären Exanthems. Im Bereiche dieser Flecken herrscht Hyperästhesie. Auf den Hüften und den Beinen ein abblassendes Erythem. Die Grenzen aller dieser Hautveränderungen sind unscharf, die Farbe derselben ist brauner als die normale Haut; sie fühlen sich sehr trocken und uneben an. Das Empfindungsvermögen ist aufgehoben oder herabgesetzt; die ulnaren Nerven sind verbreitert. Die Finger sind gekrümmt und kolbig verdickt; die Handinnenflächen sind trocken, die Interossei atrophiert. Die Hände zeigen Anästhesie: Befund an den Augen negativ. Im Munde bemerkt man keine Veränderungen.

Digitized by Google

Fall 9. Pedro, 40 Jahre alt, in Alcapulco, Mexiko, geboren, ist 25 Jahre lang im Isolations Hospital gewesen. Vor drei Jahren wurden ihm beide Augäpfel enukleirt. Am rechten unteren Augenlid Ektropion; das obere Lid ist normal. Die Konjunktiva der Lider ist glatt, dunkelrot, ohne Knötchen. Das linke Auge zeigt ähnliche Verhältnisse. Kurze, scharfe, unrhythmische Zuckungen der Muskeln um den Mund. Die Haut beider Wangen um die Mundwinkel und ebenso die Haut am Kinn ist runzlig. Der Kranke hat Klauenhand; die Handmuskeln sind stark atrophisch, die Nägel jedoch sehr wenig verändert. Auch die Beine sind atrophisch. Die Haut derselben ist schuppig und dunkelrotbraun. Infolge Paralyse des Peroneus und des Tibialis anticus hängt der Fuß herab. Die Nägel der Zehen sind bis zu einem gewissen Grade atrophiert.

Fall 10. Lem Him, 50 Jahre alt, nahe Kanton geboren, ist acht Jahre lang im Isolations Hospital gewesen. Die Krankheit zeigt den Nerventypus. Das Gesicht sieht zwar normal aus, die Haut desselben ist jedoch völlig unempfindlich. Auch die Augenbrauen sind normal. Über dem Stamm Pigmentflecke. Die Hände sind muskulär atrophisch, die Haut zeigt komplette Anästhesie. Viele Finger sind abgestoßen. An der rechten Hand sind noch drei Finger in Kontrakturstellung geblieben. An der linken Hand sind auch alle Phalangen abgestoßen. Auf dem Handrücken ist die Haut gerunzelt und etwas gerötet. Die ulnaren Nerven sind verbreitert. An den Beinen Atrophie und stellenweise Pigmentflecken. Rechts Klumpfuß. Füße und Beine zeigen Anästhesie. Die Hoden sind atrophisch. Am rechten Auge Arcus senilis und nach der nasalen Seite ein kleines Pterygium.

Fall 11. How King, 54 Jahre alt, in Kanton geboren, hat Lepra mutilans. Dieser Fall kann als Beispiel für den mumifizierenden Typus der Lepra gelten. Blindheit an beiden Augen infolge Augapfelschwund. Die Nase ist durch Zerstörung der knorpeligen und knöchernen Strikturen abgeflacht, die Nasenflügel sind teilweise verschlossen. Die Körperhaut sieht braun und runzlig aus. Auf Hüften und Beinen große Schuppen, ähnlich der schweren Form der Ichthyosis. Die Hände sind außerordentlich deformiert; die Finger in die Handflächen gekrallt und die Handgelenke in Flexionsstellung. Die Phalangen sind nur zum Teil abgestoßen. Die Fingernägel sind atrophisch. Die Zehen sind kontrahiert. Klumpfuß. Einige Zehennägel sind hypertrophiert, einige atrophiert und einige fehlen. Dieser Mann ist völlig hilflos und seit Monaten an das Zimmer gefesselt. Trotzdem ist er dem Tode nicht näher gerückt, als ein Jahr vorher.

Fall 12. P. P., Eisenbahnbeamter, 40 Jahre alt, in Griechenland geboren, hat 13 Jahre in Amerika gelebt und war sieben Jahre lang im Isolations Hospital. Derselbe ist ein Beispiel für die Mischform der Lepra. Große, flache, blasse Knoten sind über das Gesicht hin verstreut; insbesondere ist die Stirn befallen. Er ist blind. Die Lidöffnungen sind rechts enger als links. Die Lidhaut ist verdickt und blaß. Zilien sind nicht zu sehen. Die Augenbrauen sind ebenfalls haarlos. Es besteht ein schneller und ruckweiser horizontaler Nystagmus. Die Globi zeigen quadrilatere Atrophie mit Applantation der Kornea, die abgeschattet sind. Die vorderen Kammern sind verödet. Die Lichtperzeption ist erhalten. Die Haut des ganzen Körpers ist trocken und schuppt ein wenig. An den Vorderarmen bemerkt man Knoten und resorbierte Knötchen, wie auch Narben alter Geschwüre. Die Hände zeigen den Nerventypus der Krankheit mit Muskelatrophie und Kontraktur der kleinen Finger. An Händen und Vorderarmen besteht Anästhesie. Die Tastempfindung fehlt. Die Knoten auf dem Gesicht sind jedoch nicht anästhetisch.

Fall 13. Mike, 34 Jahre alt, ist in Griechenland geboren, hat 6 Jahre in Amerika gelebt und befand sich zweiundeinhalb Jahre im Isolations Hospital. Ein Jahr lang litt er an Fieber. Alsdann bemerkte er, daß auf seiner Stirn Knötchen auftraten. Das Gesicht ist mit großen, glänzenden rotenKnoten,besonders auf Wangen und Stirn, bedeckt. Die Nase ist frei geblieben. An den Augenbrauen bemerkt man noch einige Haare. Es bestehen keine Empfindungsstörungen auf der Gesichtshaut. Der Kranke ist mehreren Exazerbationen unterworfen gewesen, während welcher die Knoten erheblich breiter und glänzender wurden. Dunkelrotbraune Knoten sind an den Vorderarmen, den Handgelenken und den Handrücken sichtbar, ebenso Narben- und Fleckenatrophien, von absorbierten Knoten herrührend. Es besteht keine Muskelatrophie an den Händen; indessen ist die Sensibilität aufgehoben. Die ulnaren Nerven fühlt man als sehr breite Stränge. Der Rücken ist mit verstreuten Knoten bedeckt. Auf dem vorderen Anteil der Hüften sind pigmentierte und atrophische Flecken. Das Gesäß und die hinteren Hüftpartien weisen gruppierte Knoten und tiefe Flecken auf. Die Beine sind, besonders am unteren Drittel.

Digitized by Google

der Sitz großer und kleiner Knoten; auch an den Fußsohlen zeigen sich einige kleine Knötchen. Die größeren Knoten sind unempfindlich. Am rechten Auge, und zwar an der temporalen Seite der Kornea einige injizierte Blutgefäße. Am linken Auge Ödem der Kornea, perikorneale Injektion und eine Pinguekula an der nasalen Seite. Die Augen schmerzen etwas, und es besteht Lichtscheu. Das Ödem der Kornea ist ein frühzeitiges Symptom einer folgenden Geschwürsbildung.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Das Vorkommen der Weil-Felixschen Reaktion bei Fleckfieber vom Balkankriegsschauplatz, von Josef Čančik-Prag. (W. kl. W., 1916, Nr. 49.) In der zweiten Hälfte 1915 teilten Weil und Felix mit, daß sie aus Harn und Kot einzelner Fleckfieberkranken einen der Proteusgruppe nahestehenden Bazillus isolierten, welcher mit dem Serum von Flecktyphuskranken eine ständige Agglutination ergibt. Diese Reaktion ist nicht auf eine lokale Mischinfektion mit einem Proteusstamm zu beziehen, der nur auf dem galizischen Kriegsschauplatz vorkommt, sondern sie trat auch bei einer von diesem ganz unabhängigen Fleckfieberepidemie in mindestens 90% der Fälle auf. Meistens zeigte sie einen Anstieg von keinen oder niederen Titer auf hohe. Bei anderen Erkrankungen oder beim Gesunden wurde die Reaktion vermißt oder trat nur selten bis zur Verdünnung von 1 : 25 hervor. 40 Fälle von Abdominalis ließen die Reaktion nicht erkennen. Hingegen kann bei Schutzgeimpften, vielleicht auch bei Personen mit überstandenem Abdominalis, die Gruber-Widalsche Reaktion im Verlaufe des Fleckfiebers einen Anstieg zeigen. H. Vörner-Leipzig.

Die klinische Bedeutung der Weil-Felixschen Reaktion, von Vladimir Viteček. (W. kl. W., 1917, Nr. 31.) Die Untersuchungen wurden vorgenommen an Typhus- und Paratyphuskranken, bei Gesunden, mit anderen Krankheiten behafteten und bei Fleckfieberkranken. Es zeigte sich, daß die ansteigende Weil-Felixsche Agglutination nur bei Fleckfieberkranken vorkommt. Die positive Reaktion von 1 : 50 spricht für Fleckfieber. In zweifelhaften Fällen wird eine Zunahme des Agglutinationstiters die Entscheidung bringen. Die Agglutinationswerte sind bei Fleckfieberkranken meist viel höher. Nur selten wird ein Titer 1 : 200 nicht überschritten. In der Regel ist ein Titer von 1 : 1000 noch positiv. H. Vörner-Leipzig.

Die Bedeutung der Weil-Felixschen Reaktion für die Diagnose Flecktyphus, von Emil Schwarzkopf. (W. m. W., 1917, Nr. 43.) Die Weil-Felixsche Reaktion entspricht dem derzeitigen Stande der Wissenschaft, sie ist in jedem einschlägigen Falle wiederholt anzuwenden. Die Quarantänezeit ist auf wenigstens vier Wochen anzusetzen. H. Vörner-Leipzig.

Beiträge zur Weil-Felixschen Reaktion beim Fleckfieber, von Dietrich. (D. m. W., 1916, Nr. 51.) In der serologischen Abteilung des Königlichen Instituts für Infektionskrankheiten „Robert Koch" wurde die Weil-Felixsche Reaktion angestellt und ist in sämtlichen Fällen als positiv befunden worden. Man ist somit in der Lage, mit dem von Weil und Felix gezüchteten Stamm X 19 eine einwandfreie, serologische Fleckfieberdiagnose zu stellen. Die Weil-Felixsche Reaktion ist bei positivem Ausfall nur dann beweisend, wenn zur Anstellung der Reaktion eine frische 16—18stündige Kultur oder eine Kochsalzabschwemmung eines solchen frischen Kulturrasens, die nicht länger als 14 Tage im Eisschranke aufbewahrt wurde, benutzt wird. Die Agglutination tritt meist schon nach kurzer Zeit auf und hat ihren Höhepunkt nach zweistündigem Brutschrankaufenthalt erreicht. Zur Ausführung der Reaktion darf nur so viel Kulturrasen benutzt werden, als zur Erkennung der Häufchenbildung erforderlich ist. Der negative Ausfall der Reaktion bei wiederholten Untersuchungen macht die Diagnose Fleckfieber unwahrscheinlich. E. Brinitzer-Altona.

Beitrag zur Weil-Felixschen Reaktion, von Stephan Sterliny und Kazimira Sterliny. (W. m. W., 1917, Nr. 31.) Bei den Untersuchungen fiel die Weil-Felixsche Reaktion in 96% der Fälle positiv aus. In etwa 4% solcher Fälle zeigte sich auch die Widal-Grubersche Reaktion positiv. In zwei Fällen von Adominaltyphus, d. h. in zirka 2%, fiel die Weil-Felixsche Reaktion positiv aus. Die Weil-Felixsche Reaktion wurde besonders in der ersten bis zweiten Woche gefunden. Das allmähliche Steigen

Digitized by Google

des Titers im Laufe von wenigen Tagen spricht, aller Wahrscheinlichkeit nach, für Fleckfieber. Als Titer für die Differentialdiagnose hält der Verfasser 1:200, da in Verdünnung 1:100 die Reaktion auch bei Abdominaltyphus positiv ausfallen kann.
H. Vörner-Leipzig.

Über die Weil-Felixsche Proteusreaktion mit dem Harne Fleckfieberkranker, von F. Ballner und A. Finger. (W. kl. W., 1917, Nr. 31.) Der Harn Fleckfieberkranker enthält, wenn das Krankheitsbild mit Nephritis kompliziert ist, Agglutinine für den Proteusstamm X 19. H. Vörner-Leipzig.

Untersuchungen über das Wesen der Fleckfieberagglutination, von E. Weil und A. Felix. (W. kl. W., 1917, Nr. 13.) Die Fleckfieberagglutination ist eine spezifische, physikalisch-chemische Veränderung des Blutes, bedingt durch die Spezifität der Agglutinine und der Bakterien. Die Annahme, daß es sich um eine Paraagglutination handle, ist unwahrscheinlich. Eine antigene Wirkung saprophytischer, überall vorkommender Proteusstämme ist auszuschließen. Diese geben mit Fleckfieberkrankenserum keine spezifische Reaktion. Nur das Serum des fleckfieberkranken Menschen ist zur Erkennung der spezifischen Proteusstämme geeignet. Allein die Vorstellung, daß die konstante Anwesenheit der spezifischen Proteusstämme die Fleckfieberagglutination bedingt, hat nach den bisherigen Ermittlungen Anspruch auf Wahrscheinlichkeit. Eine ätiologische Bedeutung dieser Keime ist dann anzunehmen, wenn ihre Identität mit dem Läusevirus sicher erwiesen ist. H. Vörner-Leipzig.

Zur Bewertung der Weil-Felixschen Fleckfieberreaktion, von Alfred Arnstein-Wien. (W. kl. W., 1917, Nr. 13.) Auf Grund seiner Erfahrungen hebt der Verf. hervor, daß bei Bewertung einer im Verlaufe einer fieberhaften Erkrankung auftretenden, schwach positiven Reaktion bei Leuten, bei denen die Möglichkeit einer früher überstandenen Infektion besteht, Vorsicht geboten ist. Es kann anscheinend vorkommen, daß bei Fieberrekonvaleszenten eine bereits negative Reaktion während einer fieberhaften Erkrankung zumindest in niederen Titergraden wieder positiv wird.
H. Vörner-Leipzig.

Untersuchungsergebnisse mit der Weil-Felixschen Fleckfieberagglutination, von Josef Gergely. (W. kl. W., 1917, Nr. 40.) Nach Bemerkungen über die Agglutinationstechnik werden zunächst die Resultate einiger Seren von Fleckfieberkranken mit verschiedenen Stämmen und Bakterienmengen bekanntgegeben. Dann folgen Fälle zur Veranschaulichung der Agglutinationstypen. Weiter folgen Beobachtungen an Patienten, welche länger als drei Monate in Untersuchung blieben. Schließlich berichtet der Verf. über Züchtungen von Proteusstämmen aus Blutkuchen. H. Vörner-Leipzig.

Beiträge zur Erläuterung der Weil-Felixschen Reaktion, von Carl Csépal. (W. kl. W., 1917, Nr. 40.) Die agglutinogene Substanz des Proteus enthält einen Hemmungskörper, welcher die Agglutinierbarkeit derselben mit Fleckfieberserum herabsetzen oder ganz hemmen kann. Dieser Hemmungskörper ist in der frischen Suspension nur in Spuren vorhanden, vorausgesetzt, daß eine zwölfstündige, nicht oft überimpfte Kultur benutzt wird. Er wird erst durch Temperaturen von 50—55° C oder infolge Anwendung anderer Agenzien (starke Konzentration, Phenol, Zugabe von Rekonvaleszenten- oder Normalserum) in größerer Menge frei. Die agglutinierende Substanz des Fleckfieberserums ist thermolabil, denn sie verliert durch Erwärmung auf 63° C ihr Agglutinationsvermögen, während die Agglutinine des Proteusimmunserums thermostabil sind, daher nicht identisch sein können. Das Hemmungsphänomen kommt bei Anwendung von Fleckfieberrekonvaleszentenserum dadurch zustande, daß der Hemmungsaktivator des Serums auf den Hemmungskörper des Proteusagglutinogens einwirkt.
H. Vörner-Leipzig.

Über Immunitätsreaktionen mit dem Bazillus Weil-Felix und über seine ätiologische Bedeutung für das Fleckfieber, von Friedberger. (D. m. W., 1917, Nr. 42 u. 43.) Während es einen anerkannten Erreger des Fleckfiebers nicht gibt, besitzen wir in der Weil-Felixschen Reaktion ein Kriterium, das mit absoluter Sicherheit die Diagnose gestattet. Diese Reaktion ist absolut spezifisch und beginnt zuweilen schon sehr frühzeitig mit den ersten klinischen Symptomen. Auf Grund eigener Versuche ist F. geneigt, dem Bazillus Weil-Felix auch eine ätiologische Bedeutung zuzuschreiben. E. Brinitzer-Altona.

Bakterielle Befunde im Blute von Fleckfieberkranken, von P. Przygode. (D. m. W., 1917, Nr. 8.) Im Verlaufe einer Fleckfieberepidemie war es möglich, aus dem Blute einer Anzahl von klinisch einwandfreien Fleckfieberkranken ein Gram-positives, unbewegliches, streng anaerob wachsendes Kurzstäbchen zu isolieren, das allem Anschein

Digitized by Google

nach mit dem von dem amerikanischen Autor Plotz als Erreger des Fleckfiebers angesprochenen Kokkobazillus identisch ist. E. Brinitzer-Altona.

Das Blutbild bei Fleckfieber und seine praktische Bedeutung, von Schiff. (D. m. W., 1917, Nr. 39.) Bei Fleckfieber bestehen stets typische Veränderungen des Leukozytenblutbildes. Die Befunde sind je nach dem Krankheitsstadium verschieden. Das Blutbild ist bei Berücksichtigung der klinischen Symptome für die Diagnose verwertbar. Insbesondere kann die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Fleckfieber mit Hilfe der Blutbilduntersuchung oft schon vor dem Auftreten des Exanthems und vor positivem Ausfall der Weil-Felixschen Reaktion gestellt werden. Näheres muß im Original nachgelesen werden. E. Brinitzer-Altona.

Kritische Bemerkungen zur Übertragung des Typhus recurrens durch die Läuse, von L. Goldberg. (W. kl. W., 1918, Nr. 36.) Die Infektion wird durch mechanisch aus dem Leibe der Läuse frei werdende Spirochäten, die dann weiterhin in größeren Mengen auf der Haut und in diese verrieben werden, übertragen.

H. Vörner-Leipzig.

Projektion von Präparaten von Fleckfieber, von Ceelen-Berlin. (Kriegspathol. Tagung in Berlin 1916.) Das mikroskopisch-pathologische Bild des Fleckfiebers ist in allen Organen ein einheitliches, und der Krankheitsprozeß an den Gefäßen, um den es sich in der Hauptsache handelt, beginnt im Innern der Gefäße, also endovaskulär, und breitet sich erst dann perivaskulär aus. Anatomisch kann man in morphologischer Beziehung die völlige Gleichartigkeit der Haut- und Gehirnveränderungen bestätigen. Aber auch die Zahl der Gefäßknötchen im Gehirn geht mit der der Hautpetechien Hand in Hand. Die Veränderung beginnt im Innern des Gefäßes, indem die Endothelien aufquellen, sich abstoßen und zum Teil völlig nekrotisch werden. Hiermit im Zusammenhang findet man häufig eine Änderung des Gefäßinhaltes in dem von Fraenkel beschriebenen Sinne; in und um den veränderten Gefäßabschnitt sieht man häufig einzelne gelapptkernige Leukozyten. An diesen endovaskulären Prozeß schließt sich die perivaskuläre Ausbreitung an. Wie die Stützsubstanz der Haut, das Bindegewebe, so beteiligt sich auch die Stützsubstanz des Gehirns, die Glia, an der perivaskulären Zellbildung.

O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Vergleichende Untersuchungen am Blute von Fleckfieberkranken, von G. Elkeles-im Felde. (Zbl. f. Bakt., 1917, Bd. 79, H. 5.) An den Erythrozyten konnten niemals nennenswerte histologisch-morphologische Veränderungen wahrgenommen werden. Für die absoluten Leukozytenzahlen ergibt sich folgendes: Der Beginn der Erkrankung ist wahrscheinlich durch einen Anstieg über die normalen Leukozytenwerte des Erkrankten gekennzeichnet. Im Beginn der Krankheit besteht eine Vermehrung der neutrophilen Leukozyten, die rasch abnimmt, unter entsprechender Zunahme von Lymphozyten, bis zu einer beträchtlichen Lymphozytose und Neutropenie in der Rekonvaleszenz. Die Eosinophilen sind im Anfang gering, steigen allmählich an, bis in der Rekonvaleszenz eine deutliche Eosinophilie festzustellen ist. In der Prozentzahl der basophil granulierten Leukozyten wurden Abweichungen von der Norm nicht festgestellt. Über Veränderungen der Einzelzelle und blutfremde Zellen siehe das Original. Für die Differential-Diagnose zwischen Fleckfieber und Typhus ergibt sich: ausgesprochene Hyperleukozytose von etwa 12000 aufwärts spricht gegen Typhus, ausgesprochene Leukopenie von etwa 4500 abwärts spricht für Typhus und gegen Fleckfieber. Normalzahlen, hohe Normalzahlen und geringste Hyperleukozytose bis etwa 12000 sprechen in etwa eine Woche alten Fällen nicht gegen Typhus, vom Ende der zweiten Woche ab gegen Typhus. Sichere Unterschiede in den relativen Zahlen und in der Arnethschen Verschiebung bestehen nicht. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Zur Frühdiagnose des Fleckfiebers, von Perls. (Ther. d. Gegenw., 1917, Nr. 11.) Perls gibt wichtige Regeln zur Frühdiagnose des Fleckfiebers. Er hat das Auftreten eines charakteristischen Frühexanthems meist am dritten Fiebertage beobachtet, das aus hirsekorngroßen, blaßroten, gering infiltrierten Flecken besteht, die sich nur vereinzelt meist an den seitlichen Bauchpartien zeigen, im Gegensatz zu dem Hauptexanthem am Rumpf und Extremitäten. Weitere klinische Früherscheinungen sind Konjunktivitis, Laryngitis mit Reizhustenanfällen, Bronchitis, Störungen der Darmfunktion, trockene, dick-weißlich belegte Zunge mit freien Rändern und Spitze. Verfasser weist auf das häufige Auftreten von atypischen Fleckfieberfällen ohne Exanthem hin, die besonders im Beginn einer Epidemie häufig auftreten, sowie auf die häufige Verkennung von Fleckfieberfällen mit Fieberkurven, die zunächst auf Rekurrens oder Typhus hinweisen. Aus diesem Grunde sei frühzeitig, vom dritten Tage ab, die Weil-Felixsche Reaktion

Digitized by Google

anzustellen, die entscheidend und sicher sei. Es folgen dann noch einige instruktive Fieberkurven mit Erläuterungen. E. Brinitzer-Altona.

Ein Fleckfieberdiagnostikum, von NEUBER. (M. m. W., 1917, Nr. 21.) NEUBER stellt vom Proteus X_{19} eine mit Phenol abgetötete Aufschwemmung her, deren Agglutinationsfähigkeit mit Serum von Fleckfieberkranken noch nach sechs Wochen unverändert war. A. Witte-Bremen.

Beitrag zur Fleckfieberdiagnose, von EMERICH WIENER. (M. m. W., 1917, Nr. 21.) Der Harn von Gesunden gibt — vorher mit Äther ausgeschüttelt — mit Jennerfarbstoff + 1‰ Permanganatlösung eine intensiv blaue Färbung, während bei Fleckfieberkranken im Fieberstadium eine intensiv grüne Färbung auftritt.
A. Witte-Bremen.

Ein Fleckfieberdiagnostikum, von CARL CSÉPAI. (M. m. W., 1917, Nr. 26.) CSÉPAI stellte ein gut agglutinierbares Fleckfieberdiagnostikum her, indem er die Proteus X_{19} suspension 2 Stunden bei 60° oder eine halbe Stunde bei 100° sterilisierte.
A. Witte-Bremen.

Die intradermale Reaktion im Verlauf des Typhus exanthematicus, ihre prognostische Bedeutung, von DUMITRESCO-MANTE. (Presse méd., 1918, Nr. 6.) In der fieberhaften Periode des Flecktyphus war die PIRQUETsche Reaktion in der Mehrzahl der Fälle negativ. Die wenigen positiv reagierenden zeigten günstigen Krankheitsverlauf, dagegen war die Prognose schlecht bei den Fällen, in denen auch nach Abklingen des Fiebers die Reaktion negativ blieb. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Einige Fälle von Typhus exanthematicus. Praktische Bemerkungen von L. MURA. (Presse méd., 1918, Nr. 8.) Im Dezember 1917 kamen in Paris sechs Fälle von Fleckfieber in einer Lumpensammlerfamilie zur Beobachtung. Es sind dies die einzigen während des Krieges in Frankreich vorgekommenen Fälle. Verf. erinnert an die von LEGRAIN und RAYNAUD in Algier geübte Behandlung mit Rekonvaleszentenserum. Sie muß möglichst früh einsetzen, es werden täglich 10—20 ccm subkutan injiziert.
M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Zur Frage der klinischen und serologischen Diagnose des Fleckfiebers, von STEINER und VLAD VITEČEK. (D. Arch. f. klin. M., 1916, Bd. 120, H. 4.) Die Laboratorienuntersuchung ergab die Züchtung eines Keims, welcher mit dem Eigenserum ebenso wie mit dem Serum anderer, fleckfieberkranker Patienten eine starke Agglutinationsreaktion gab, dessen Eigenschaften von WEIL und FELIX in der W. kl. W., 1916, Nr. 2 mitgeteilt wurden. Die weiteren Untersuchungen ergaben das auffallende Resultat, daß diese Reaktion streng spezifisch für Fleckfieber war und weder bei Kranken- noch Normalserum sich einstellte. Bei den Abdominaltyphen war die WEIL-FELIX-Agglutination immer negativ. Mit Hilfe dieser Agglutination kann man die Diagnose des Fleckfiebers schon in den ersten Tagen der Erkrankung stellen.
W. Chrzelitzer-Posen.

Weiterer Beitrag zur serologischen Fleckfieberdiagnose, von OSCAR WELTMANN. (W. kl. W., 1917, Nr. 13.) Die weiteren Untersuchungen über die vom Verf. entdeckte Trübungsreaktion ergeben einen verhältnismäßig kleinen Aktionsradius derselben. Sie tritt gegen Ende der zweiten Krankheitswoche auf und verschwindet gewöhnlich zwei Wochen nach der Entfieberung. Sie ist ein konstantes Serumsymptom im Verlaufe des Exanthematikus, und als solcher eine Stütze bei der Diagnose.
H. Vörner-Leipzig.

Zur Serodiagnostik des Fleckfiebers, von EMIL EPSTEIN und GUSTAV MORAWETZ-Wien. (W. kl. W., 1917, Nr. 13.) Die WEIL-FELIXsche Agglutinationsprobe ist ein wertvoller Behelf für die Frühdiagnose des Fleckfiebers. Ergibt die erste Untersuchung ein negatives Resultat oder einen niedrigen Agglutinationswert, so wird eine Wiederholung der Untersuchung fast ausnahmslos die Diagnose endgültig festlegen. Die Reaktion hat in allen durch den klinischen Verlauf festgestellten und durch die Biopsie der Exantheme bestätigten Fleckfieberfällen ausnahmslos ein positives Ergebnis und ist daher für die Diagnose als unbedingt beweisend anzusehen. Die absolute Höhe des Höchsttiters ist im allgemeinen recht beträchtlich, betrug in mehr als 40% der Fälle über 1 : 10000. Der Zeitpunkt des Höchsttiters liegt meist nahe am Entfieberungstermine. Die Dauer des positiven Ausfalles erstreckt sich fast ausnahmslos über viele Wochen. Das Überdauern der Reaktion lange über den Zeitpunkt der Heilung, ist für die Feststellung einer überstandenen Krankheit wichtig. Die Reaktion läßt sich auch im Leichenserum nachweisen. In Kontrollfällen hat die Anstellung der Reaktion ein negatives

Digitized by Google

Ergebnis. Die Weltmannsche Trübungsreaktion versagt in der Frühperiode, ist nicht gleich sicher, kann aber als leicht anstellbare Kontrollprobe in Betracht kommen.
H. Vörner-Leipzig.

Zur Serodiagnostik des Fleckfiebers, von H. Sachs. (D. m. W., 1917, Nr. 31.) Die Verwendung auf 80° erhitzter Bazillenaufschwemmungen hat sich in manchen Fällen der Verwendung lebender Bazillen bei der Agglutinationsprüfung überlegen erwiesen.
E. Brinitzer-Altona.

Über die Ergebnisse der Immunisierungsversuche gegen Typhus exanthematicus, von H. Hamdi-Haïdar-Pascha. (Zschr. f. Hyg., 1916, Bd. 82, H. 2.) Die ein- bis zweimalige Injektion von Typhusblut vom floriden Exanthemstadium und die einmalige Injektion von Rekonvaleszentenblut gibt keine absolute Immunität, bewirkt jedoch einen gutartigen Verlauf bei späterer Ansteckung. Die dreimalige Injektion von Typhusblut vom floriden Exanthem, sowie die drei-, sogar nur zweimalige Injektion von Rekonvaleszentenblut gibt eine absolute Immunität. Die Inkubationsperiode des Typhus exanthematicus beträgt 5 bis 23 Tage. Die subkutane Injektion von Typhusblut vom floriden Exanthem, defibriniert aber nicht inaktiviert, ergibt 56% Erkrankungen und 28% Todesfälle. Die Inaktivierungszeit des Typhusblutes beträgt bei 60 bis 62° Temperatur 30 Minuten, bei Kälte, je nach dem Grade derselben, 24 bis 42 Stunden. Das zum Impfzweck entnommene Blut muß bis zum Erkalten, und wenn man die Inaktivierung durch Wärme vornimmt, wiederum bis zum Erkalten geschüttelt werden. Vor dem Gebrauch muß das Impfblut gründlich durchgeschüttelt werden. Der Impfstoff ist noch zwölf Tage nach der Darstellung wirksam. Bei der Inaktivierung des Blutes ist stets auf die gründliche Entfernung der am Flaschenhals haftenden Blutpartikel zu achten. Die Anwendung des Rinderpestserums gegen Typhus exanthematicus bedarf noch weiterer Versuche.
O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Können wir Ärzte auf dem Gebiete der Hautkrankheiten sehr wesentliche Fettersparnisse machen? von Schacht. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1916, Nr. 20.) Sch. beantwortet diese Frage bejahend. Bei genauerer Erforschung der Ätiologie wird sich der Verbrauch an Fetten auf ein Minimum reduzieren lassen, da bei einem großen Teil der Erkrankungen das Übel auch ohne jedes therapeutische Eingreifen, lediglich durch Fortschaffung der Ursachen beseitigt werden kann. Für viele Hautkrankheiten (Akne, Komedonen, Sommersprossen, Psoriasis, seborrhoische Prozesse, bei Neigung zu Furunkulosis, bei juckenden Knötchenausschlägen) kommt die von Ellinger empfohlene Massage mit feingepulvertem Quarzsande in Betracht.
E. Brinitzer-Altona.

Empfängnisverhütung, künstliche Unfruchtbarkeit und Schwangerschaftsunterbrechung vom bevölkerungspolitischen und ärztlichen Standpunkt, von Krohne. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1917, Nr. 13 u. 14.) An der Beantwortung der mit dem Titel zusammenhängenden Fragen haben außer den Autoritäten der Wissenschaft, die in der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen vertreten sind, auch Vertreter sämtlicher preußischen Ärztekammern mitgewirkt. Auf Grund der abgegebenen Gutachten kam die Deputation einstimmig zu der Auffassung, daß Schwangerschaftsunterbrechungen durch Ärzte nur unter ganz besonderen Voraussetzungen zulässig seien. Sie hat nachstehende Leitsätze angenommen: 1. Der Arzt darf nur aus medizinischen Gründen die Schwangerschaft unterbrechen, wenn bei der betreffenden Frau eine als unvermeidlich erwiesene, schwerste Gefahr für Leben oder Gesundheit vorhanden ist. 2. Aus sozialen oder rassehygienischen Gründen darf die Schwangerschaft nicht unterbrochen werden. 3. Es empfiehlt sich, eine Schwangerschaftsunterbrechung nur auf Grund einer Beratung von mehreren Ärzten vorzunehmen. 4. Für die durch Ärzte vorgenommene Schwangerschaftsunterbrechung ist die Anzeigepflicht einzuführen. Der Arzt sollte ohne zwingende Gründe die empfängnisverhütenden Mittel nicht anwenden. Jede künstliche Sterilisation, die nicht durch die Rücksicht auf Leben und Gesundheit der Frau dringend geboten ist, ist zu verwerfen.
E. Brinitzer-Altona.

Geleitwort zum 25. Bande der Dermatologischen Zeitschrift, von Erich Hoffmann. (Derm. Zschr., 1918.) Hoffmann entwickelt in lapidaren Sätzen die gewaltigen Fortschritte, auf welche Dermatologie und Venerologie während der verflossenen 25 Jahre zurückblicken können, Fortschritte, an deren erster Bekanntgabe das von

Digitized by Google

Oskar Lassar begründete Publikationsorgan hohen Anteil hatte, deren schnellen Ausbau er nach Kräften gefördert hat. Kaum eine andere Spezialdisziplin der medizinischen Wissenschaft — man denke an die Lehre der Syphilis — hat ähnliches während dieser Spanne Zeit aufzuweisen. Eine warme Verteidigung für bessere Stellung der Dermatologie im Universitätsverbande entfließt der Feder Hoffmanns. Die Dermatologie muß durch Ordinariate in gut eingerichteten Kliniken und Polikliniken vertreten sein, damit der beste akademische Nachwuchs den Universitäten erhalten bleibe. Brennend sind die Probleme, welche auf bereits gesichtetem Neuland — man denke an Blochs Studien zur Pigmentfrage — der Lösung harren. Wo wiegen diagnostische Irrtümer schwerer als auf dem Gebiete der Syphilis, wo ist die Prüfungsordnung für den Studierenden reformbedürftiger als auf dem Gebiete der Dermatologie und Venerologie?

E. Delbanco-Hamburg.

Eine einfache Befestigungsart des Verweilkatheters, von Warstadt. (Zbl. f. d. ges. M., 1917, Nr. 24.) Nach Einführung des Verweilkatheters wird der Penis mit Mastisol bepinselt, dann ein Trikotschlauch über Penis und Katheter gestreift. Der Schlauch reicht einerseits bis zur Peniswurzel, andererseits bis zu 4 cm über die Glans penis hinaus. Dicht vor der Harnröhrenmündung wird dann der Schlauch und Katheter gleichzeitig durch einen starken Seidenfaden umschnürt. E. Brinitzer-Altona.

Spirochätenbefunde und Salvarsan bei Alveolarpyorrhoe, von W. Kolle. (M. Kl., 1918, Nr. 3.) Kolle fand bei zahlreichen Fällen von Alveolarpyorrhoe, wenn er nach Entfernung des oberflächlichen Sekretes in die Taschen und Buchten tiefer mit der Platinöse eindrang und Sekret entnahm, in diesem fast in Reinkultur Spirochäten, die 10—12 μ lang mit durchschnittlich fünf Windungen der Spirochaeta Obermeyeri sehr ähnlich waren, sich aber von den übrigen bekannten, im Munde vorkommenden Spirochäten (Spirochaeta buccalis, Spirochaeta dentium usw.) deutlich unterschieden. Auf seine Anregung hin wurden die Patienten mit intravenösen Neosalvarsaninjektionen von 0,1 behandelt, bei leichteren Fällen genügte eine einmalige Injektion zur Heilung. Schwere Fälle heilten nach 2—3maligen Injektionen von 0,1—0,3 g Neosalvarsan. Dabei konnte man mit der Besserung der klinischen Erscheinungen eine Abnahme und ein Verschwinden der beschriebenen Spirochäten wahrnehmen. Auch lokal kam Neosalvarsan mit gutem Erfolge zur Anwendung. Die Spirochäten färben sich schwach nach Giemsa, gut mit Gentianaviolett, zeigen im Dunkelfelde typische Bewegungen. Kolle glaubt, daß nach seinen mikroskopischen Befunden und den klinischen Beobachtungen speziell der prompten Reaktion der Krankheitssymptome auf Neosalvarsan in den von ihm beschriebenen Spirochäten die Erreger der Alveolarpyorrhoe gefunden zu haben, und schlägt den Namen Spirochaeta pyorrhoica vor. Die Heilung durch intravenöse Salvarsaninjektion kürzt die Dauer der sonst viele Wochen, ja Monate bestehenden Krankheit sehr ab. O. Lasch-Breslau.

Spirochätenbefunde und Salvarsan bei Alveolarpyorrhoe, von H. C. Plaut-Hamburg. (M. Kl., 1917, Nr. 12.) Im Anschluß an die von Kolle unter obiger Überschrift veröffentlichte Arbeit erinnert Plaut daran, daß er schon in den Jahren 1910—13 Salvarsan bei Alveolarpyorrhoe in Anwendung gebracht habe; er ließ in leichteren Fällen lokal mit Salvarsanlösung (0,1 Salvarsan : 10,0 Glyzerin) pinseln, in schweren gab er 0.1—0.2 Salvarsan intravenös. Bei längerer Beobachtung stellte es sich heraus, daß die Dauererfolge nicht befriedigend waren, auch ließen sich die Patienten nur ungern mit Salvarsan behandeln, daher gab Plaut die Methode wieder auf. Er schiebt seine nicht günstigen Erfolge auf die von ihm zu gering bemessenen Salvarsandosen, und hofft, daß nach den glänzenden Resultaten Kolles die Ärzte sich entschließen werden, die Salvarsantherapie aufzunehmen. O. Lasch-Breslau.

Verschiedenes.

Hofrat Prof. Ernest Finger in Wien erhielt das Ritterkreuz des k. k. österr. Leopoldordens.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

17. August 1918 | Nr. 33 | Band 67

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Wiener Allgem. Poliklinik.

Originäre Kuhpocke oder Impetigo (Bockhart)?

Von

Prof. Dr. G. Nobl.

Mit 5 Abbildungen.

Ein Blick auf die beigegebenen Abbildungen (Fig. 1—4) vermittelt die Vorstellung eines eigenartigen, von geläufigen Hauterkrankungen nicht unwesentlich abweichenden Zustandes. Man sieht die Beugeflächen der Finger, die Handrücken, die Spitzen und stellenweise auch die Interdigitalfalten von einzelstehenden, erbsen- bis hellerstückgroßen Effloreszenzen besetzt, die allerorten die gleichen Eigenschaften darbieten. Sie sind kreisrund, stark erhaben und im Zentrum dellenförmig eingesunken. Schmale rote Höfe umgeben ihre steilabfallenden Säume, besondere Derbheit sowie opake Transparenz der sulzig unterschichteten Decke vervollständigt die klinischen Züge. Der Ausbruch war an den schwieligen, abgearbeiteten Händen einer 40jährigen Frau zustande gekommen, die seit kurzer Zeit in einem Wiener Vorort eine vor wenigen Wochen neu eingestellte Kuh zu melken hatte. Bei dem typischen Aussehen des an den Fingern, Hohlhänden und Daumenballen lokalisierten Ausschlages, und der Angabe der Kranken: die Kuh hätte am Euter ähnliche Veränderungen dargeboten, konnte über die vakzinale Natur des Prozesses kein Zweifel obwalten. In der Märzsitzung der Dermatologischen Gesellschaft stellte ich den Ausschlag unter der Wahrscheinlichkeitsdiagnose einer akzidentellen Impfung mit originärer Kuhpocke vor und berichtete über den von mir beim Tier erhobenen Befund. An den Zitzen und den nachbarlichen unbehaarten Teilen des Euters waren vereinzelte fingerkuppengroße, lebhaft rote, leicht infiltrierte Flecke zu bemerken, die jedoch mit keiner tiefer reichenden Schädigung des Epithels einhergingen. An den Unterschenkeln der Hinterbeine saßen überdies zahlreiche mit den Haaren verfilzte Krusten.

Die Demonstration der Kranken war am achten Krankheitstage erfolgt, die Bildaufnahme datiert vom darauffolgenden Datum. Schon bei dieser Gelegenheit fiel die stark ödematöse Schwellung der polsterartig gewölbten Handrücken, sowie die an einzelnen Blüten sich vorbereitende eitrige Unterwühlung des Grundes auf. Solche intensive akutentzündliche Komplikationen pflegen in der Regel mit dem Ablauf der Vakzine nicht einherzugehen, doch ist die sekundäre oder auch simultane Infektion der Impfpuste keineswegs zu selten und ihr Auftreten nicht genügend, um den vakzinalen Charakter präventiv hervorgerufener oder zufällig haftender Affekte negieren zu können. Bei dieser Sachlage war zu entscheiden:

Digitized by Google

ob es sich um originäre Kuhpockenübertragung mit intensiven entzündlichen Reizerscheinungen handelt, oder aber das der Vakzine täuschend ähnliche Krankheitsbild einer pyogenen Infektion vom Typus der profunden Impetigo-Bockhart vorliegt.

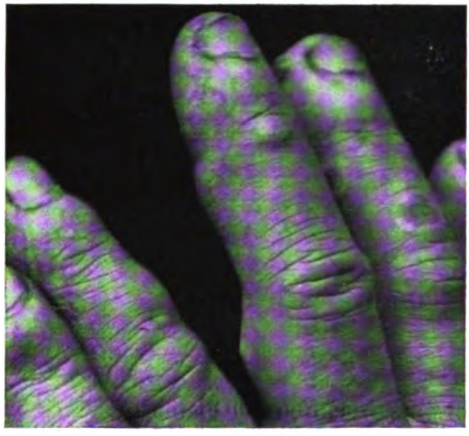


Fig. 1.

Fig. 2.

Die über jeden Zweifel erhabene objektive Sicherung der Diagnose war durch den Tierversuch zu erbringen, für dessen Ausführung ich Herrn Regierungsrat Dr. Gustav Paul, Direktor der Staatsimpfanstalt, zu

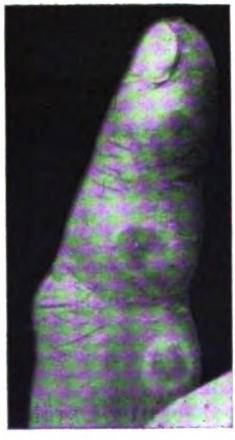


Fig. 3.

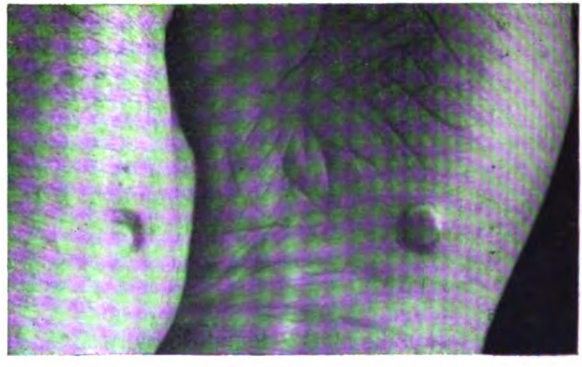


Fig. 4.

besonderem Dank verpflichtet bin. Die Daten des mir liebenswürdigst zur Verfügung gestellten Protokollblattes der Variolauntersuchungsstelle in der k. k. Impfstoffgewinnungsanstalt bezeugen die Exaktheit der daselbst geübten Methodik. Als Testmaterial diente eine tief abgetragene jüngere

Digitized by Google

Fingerpustel, die in steriler Epouvette verschlossen am 9. März der Anstalt übersendet wurde. Vornahme der Kornealimpfung: 9. März, 3 Uhr nachmittags. Kennzeichen des Versuchstieres: graues Kaninchen. Tag und Stunde der Revision der Kornea: 11. März, 3 Uhr nachmittags. Makroskopischer Befund in vivo: keine Epithelwucherungen. Makroskopischer Befund in mortuo: einfache weiße Raster ohne Erhebungen. Die dem Protokoll einverleibte photo-makroskopische Aufnahme der Kornea gibt Fig. 5 wieder. Man sieht die Impfritzer der Hornhaut als deutlich vortretende, leicht erhabene Linien das Epithel aufwühlen.

Im Gegensatz zu dieser Reaktionsform steht das Ergebnis der Pockenepitheliose, die bei guter seitlicher Lampenbeleuchtung mit der Lupe 36 Stunden nach der Einimpfung kleine Wucherungsherde im Epithel längs der Impfritzer wahrnehmen läßt. Es pflegen das bläschenartige, vollkommen

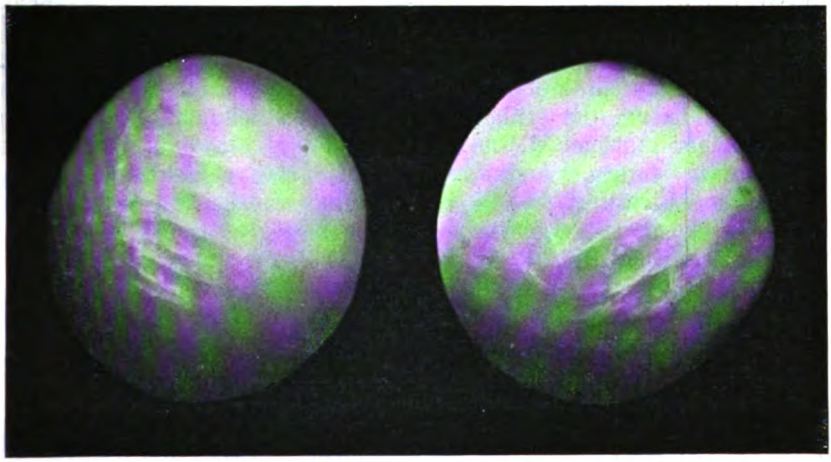


Fig. 5.

durchsichtige Höcker zu sein, die deutlich über das Niveau der Hornhautoberfläche erhaben sind und ziemlich rasch wachsen. Am fixierten Präparat (der Bulbus wird in alkoholische Sublimatlösung getaucht) treten die Infektionsherde schon nach 1—2 Minuten in Form kreisrunder isolierter Knöpfchen zutage, die sattweiß sich von dem mehr mattweißen Grunde der nicht infizierten Epithelpartien leicht konturiert abheben. Bei stark virulentem Material kommt es zur Konfluenz der Protuberanzen, ähnlich wie bei der Variola confluens des Menschen. Die Zellquellung und Wucherung entwickelt sich viel rascher und intensiver und tritt entlang der Impfritzer in diffuser Form auf. Die Epitheldesquamation in den Zentralpartien der Infektionsherde erfolgt viel früher und in ausgedehnterem Maße, so daß schon nach Ablauf von 36—48 Stunden das Bild eines Systems von sich kreuzenden Gräben mit wallartig aufgeworfenen Rändern entsteht. Nur bei sehr abgeschwächtem Vakzinematerial wird das makroskopische Bild variolaähnlich.

Digitized by Google

Bei meinen experimentellen Studien über die Vakzineimmunität vor mehr als 12 Jahren (W. kl. W., 1906, Nr. 22), und früher noch anläßlich der Untersuchungen der Invasionsverhältnisse des Vakzineerregers (Sukzessivimpfung. Erstes öffentliches Kinderkrankeninstitut 1904 und 1905), habe ich in ausgedehntem Maße auch die Kornealimpfung bei Virulenzbestimmungen des Ausgangsmaterials herangezogen. Damals kam zumeist die von v. WASIELEWSKI empfohlene Taschеninsertion, weniger die Stichelung der Kornea zur Anwendung. Da es mir hierbei hauptsächlich auf die Feststellung der pathogenetischen Beziehungen zwischen der Epithelwucherung und den GUARNERIschen Einschlüssen ankam und in erster Linie die nähere Determinierung der letzteren erstrebenswert erschien, so ging ich gleich anderen an den makroskopisch verfolgbaren Hornhautveränderungen der Tiere ziemlich achtlos vorüber. Es war damals auch nicht vorauszusehen, daß der Tierversuch bei der Pockendiagnose noch eine so eminent praktische Bedeutung erlangen werde, wie sie die Kornealprobe illustriert. Es ist das unbestrittene Verdienst PAULS, diesen erfolgreichen Weg nicht nur als erster betreten, sondern auch die experimentelle Variolaprobe zu einem diagnostischen Behelf erster Ordnung ausgebaut zu haben. Es erübrigt sich an dieser Stelle auf die zahlreichen Beiträge näher einzugehen, mit welchen PAUL die biologische Untersuchungspraxis förderte und die dem unsicheren subjektiven Ermessen preisgegebene Blatterndiagnostik mittels des kornealen Impfversuches auf den verläßlichen wissenschaftlichen Boden verlegte. (Siehe die Arbeiten von 1914 bis heute.) In Würdigung der hervorragenden praktischen Bedeutung ist die „experimentelle Pockendiagnose nach PAUL" mit dem Erlasse des kgl. preuß. Minist. des Innern vom 20. Dez. 1916 als obligates Untersuchungsverfahren bei Pockenverdacht angeordnet. Auch die k. k. n.-ö. Statthalterei schreibt mit dem Erlasse vom 29. Febr. 1916 die Einsendung blatternverdächtigen Untersuchungsmaterials an die Wiener Staatsimpfanstalt vor. Über Prof. Dr. GOHNS Referat im Obersten Sanitätsrat (11. Mai 1917) wird die allgemeine Einführung empfohlen. Ihre offizielle Übung im k. k. Heere, in Ungarn (seit Mai 1916 im städt. hyg.-bakteriol. Institut in Budapest von Prof. VAS geübt), und in Bosnien steht unmittelbar bevor.

Für die allgemeine Heranziehung dieser experimentellen Schnelldiagnose spricht in erster Linie die Möglichkeit, schon aus dem makroskopischen Befund mit absoluter Sicherheit Schlüsse auf die Art des Ausgangsmaterials ziehen zu können. So war auch im vorliegenden Falle das Impfergebnis als Variolanegativ anzusprechen und die Pockennatur des Ausbruches an den Händen der Patientin auszuschließen. Hierzu kam noch das Gewebsverhalten der inokulierten Hornhäute, welches ich neben typischer Variola inoculata corneae, an mir gütigst zur Verfügung gestellten Präparaten der Staatsimpfanstalt in der Dermatologischen Sitzung (Mai 1918) demonstrieren konnte. Während die Pocken epitheliose Verwerfung der Zellschichten, hydropische Schwellung der Basalelemente und Wucherung der vielfach mit GUARNERIschen Körperchen beladenen Epithelien bedingt, und der in umschriebenen Herden sich abspielende spezifische Proliferationsprozeß entzündliche Begleiterscheinungen vermissen läßt, hatte die Überimpfung der Pusteldecken

Digitized by Google

des Falles zu basaler Keratitis traumatica mit mäßiger Rundzellinvasion des im übrigen von Wuchervorgängen freien Epithels geführt.

Über die Vorgänge der Mischinfektion auf der Kaninchenhornhaut bei der experimentellen Pockenepitheliose geben die Untersuchungen Pauls sehr instruktiven Aufschluß (Zentralbl. f. Bakt., Parasitenkunde u. Infektionskrankheiten, 1918, Bd. 80, H. 6). Diese zeigen neuerdings, daß die Variola und Vakzineerreger lediglich das Epithel angreifen und in den charakteristischen Reizzustand versetzen, während die pyogenen Mikroorganismen nur das Bindegewebe reaktiv zu beeinflussen vermögen. Bei dieser Gelegenheit warnt Paul mit Recht, in minder typischen Fällen bloß auf Grundlage des makroskopischen Befundes am lebenden Tiere ein abschließendes Urteil zu fällen. Die Korneaoberfläche zeigt bei gewissen Formen reiner Impfkeratitis [Aknepusteln, Eiterblasen, Abszesse verschiedener Art: Paul, Ghon, Gerloczi und Vas (B. kl. W., 1917, Nr. 16)], die nur mit leichten Reizerscheinungen und kaum wahrnehmbarer Trübung einhergehen, nicht selten schon nach 24 Stunden und sogar schon früher kleine durchsichtige Höcker, die in vivo mit Variolahügeln leicht zu verwechseln sind. Erst das Sublimatbad, bzw. die sich daran anschließende histologische Untersuchung bringen die sichere Entscheidung. Das Gewebsbild ist so typisch, daß bei Mischinfektionen, wie sie ältere Vakzinepusteln oft genug aufweisen, neben Variolapositiven, Epithelhügeln, zur Abstoßung der Deckschicht führende korneale Infiltrationsherde deutlichst zu unterscheiden sind.

Was speziell die Trennung der Vakzine, der Variola und wie im gegebenen Falle der originären Kuhpocke von der Impetigo betrifft, so reicht für gewöhnlich immerhin die Anatomie der Effloreszenzen aus, um die Krankheitsbilder auseinanderhalten zu können. Aber diese morphologischen Kriterien setzen allerdings die innigste Vertrautheit mit histopathologischen Verhältnissen voraus und können nur nach umständlichem, zeitraubendem Präparieren des Untersuchungsmaterials zur Urteilsfällung herangezogen werden. Vor einer Reihe von Jahren wurde mir von einem Kollegen aus Niederösterreich eine Patientin zugeschickt, die beim Melken einer euterkranken Kuh an Pustelausschlag der Hände erkrankte. Der die Finger, Handteller und Interdigitalfalten übersäende, aus derbwandigen, zentral eingebuchteten, bis bohnengroßen runden und ovalen, grauweiß durchscheinenden, rot halonierten Scheiben bestehende Ausbruch glich dem hier abgebildeten Prozeß auf ein Haar. Die histologische Untersuchung jüngerer Blüten gestattete mit Sicherheit, eine Kuhpockenübertragung auszuschließen und berechtigte die Läsion als staphylogene Impetigo anzusprechen. Gerade die spezifische Affinität der Pockenerreger zum Epithel bringt es mit sich, daß in der Deckschicht der Blüten frühzeitig — wie ich das bei meinen systematischen Untersuchungen der Vakzineinsertionen schon vom zweiten Tage an verfolgen konnte — Anzeichen fibrinoider Degeneration und Höhlenbildung durch retikulierende Kolliquation der ödematös geschwellten Epithelkomplexe wahrzunehmen sind. In den zur Reife gelangten Effloreszenzen ist das restliche Gitterwerk des Fächerherdes von nekrotischen, aus der Kontinuität getretenen Zellhaufen erfüllt. Ein Bild, das bis in die Retezapfen hinab zu verfolgen ist und häufig zu nur partieller kavernöser Aushöhlung

Digitized by Google

der geblähten Oberhauthügel zu führen pflegt. Diesem Epithelialzustand gegenüber treten die im geschwellten, ödematös gequollenen Papillarkörper sich abspielenden Entzündungsvorgänge in zweite Linie. Dazu kommt noch das orientierende Zeichen der Guarnerischen Einschlußgebilde. Im Strukturbild der Impetigo hingegen macht sich frühzeitig eine Trennung der Hornlage von der Stachelschicht geltend, wobei dichtgedrängte Eitermassen den Zwischenraum erfüllen. Der letztere, von bikonvexer Gestalt, buchtet die Hornschicht in flachen Bogen nach außen, den Papillarkörper nach innen vor und erlangt in kürzester Zeit ein Vielfaches der Epidermisdicke. Schwärme von Staphylokokken bedecken in membranartiger Dichte die Hohlraumwände und durchsetzen das basale Epithelialgerüst. Mit der Eiteransammlung kontrastiert erheblich die geringfügige Infiltration der Kutis, in welcher hauptsächlich die erweiterten Gefäße ohne intensivere Wandschädigung auf den leukotaktischen Reiz der angesammelten Eiterkokkenmassen reagieren. Alle angeführten morphologischen Kriterien können jedoch unter Umständen derart verschleiert sein, daß sie die Diagnostik nicht in gebotener Klarheit und Eindeutigkeit unterstützen. Die der Impetigo eigene Staphylokokkenansiedelung kann bei Sekundärinfektion wie erwähnt auch den Blatternprozeß komplizieren, andererseits ist die pathognostische Bedeutung der Guarnerischen Gebilde erst zu erbringen. So zahlreich auch die Beiträge zur Kenntnis der Einschlußkörperchen in den Epithelzellen bei Variola und Vakzine sein mögen, so schwankend ist bis heute noch die Ansicht über Natur und Herkunft derselben. In der jüngst erschienenen monographischen Darstellung (Die Vakzinekörperchen. G. Fischer, 1918, 2. Sppl.-Heft zu Zieglers Beiträgen) zählt Kückel neuerdings die Produkte auf, mit welchen die Guarnerischen Körperchen bisher identifiziert wurden: eine Zeitlang galten sie für Leukozytentrümmer, dann wieder sah man sie als Derivate des Zellplasmas an. Großer Anhängerschaft erfreut sich bis heute ihre Einschätzung als Abkömmlinge des Zellkernes, wobei bald den Nukleolen, bald den Zentrosomen und Kerntrümmern die Rolle der Einschlußbildner zufällt.

Nach den neuesten Untersuchungen der führenden Protozoenforscher, in erster Linie v. Prowazeks, des leider so früh verstorbenen hervorragenden Förderers der Protistenkunde, verdichtet sich die Meinung, daß es sich bei den Einschlüssen in den Epithelzellen der Pocken und vakzinierten Kaninchenhornhaut um Zellplasmaderivate handle, die als Reaktion auf den eingedrungenen Erreger aus dem Plasma abgeschieden werden, um eine schützende Hülle rings um den Zellschmarotzer zu bilden. Die Natur der Einschlüsse in der Decke der menschlichen Impfpusteln hat in jüngster Zeit J. Hammerschmidt (W. kl. W., 1918, Nr. 10) schärfer ins Auge gefaßt und kommt bezüglich der Chlamydozoenerkrankungen zu dem Ergebnisse, daß die Einschlüsse bei den Epitheliosen nichts anderes sind, als aus dem Kern ausgetretene oder ausgestoßene Nukleolen, die weiterhin sekundären, offenbar degenerativen Veränderungen unterworfen sind und so schließlich die bekannten Bilder liefern. Diese histogenetische Abstammung der Einschlüsse möchte Hammerschmidt vorderhand nur für die an der Haut lokalisierten Variola- und Vakzineeffloreszenzen, nicht aber für die Veränderungen der Kornea und

Digitized by Google

der Haut bei anderen Strongyloplasmenerkrankungen vertreten. Schon bei der ersten Demonstration der Guarnerischen Körperchen auf dem II. Med. Kongreß in Rom äußerte Babesch eine ähnliche Vermutung. Den Austritt der Nukleolen aus den Kernen vor der Reifungsteilung hat Tangl (Denkschr. d. kais. Akad. d. Wiss., 1882) bei seinen Untersuchungen über die Teilung der Pollenmutterzellen von Hemerocallis fulva L. mit den einfachsten technischen Methoden seinerzeit bereits feststellen können. O. Hertwig lieferte für die Möglichkeit des Nukleolenaustrittes aus dem Kern eine Parallele in seinen Studien über die Reifungsvorgänge tierischer Eizellen, im besonderen der Seesternart Asterokanthion.

Die Kuhpockeninfektion, früher häufiger beobachtet, ist allmählich eine verhältnismäßig seltene Erkrankung geworden. Erst in der jüngsten Vergangenheit gelangten wieder gehäuftere Nachrichten über das Auftreten der Variola vaccinae beim Menschen zu allgemeinerer Kenntnis. Kaempfer (D. m. W., 1896) beschrieb eine Kuhpockenepidemie, die unter dem Rindviehbestand einer Domäne im Herbst 1896 ausgebrochen war und bei der zwei Drittel der Melkerinnen erkrankten. Zur Zeit des Ausbruchs der Epidemie waren 16 Melkerinnen im Alter von 16 bis 29 Jahren im Stalle beschäftigt. Alle waren im gesetzlich vorgeschriebenen Alter revakziniert worden, von ihnen wurden 10 infiziert. Bei einigen gestaltete sich der Verlauf hochfebril und phlegmonös (mit Lymphangitis und Lymphadenitis). In einzelnen Fällen am Nagelbett auftretende Pocken zerfielen ulzerös und boten bei der indurierten Randbeschaffenheit das Aussehen luetischer Paronychien. Über kleinere Epidemien und Einzelerkrankungen der originären Kuhpocke berichten dann Raspe, Aronsohn (1900), Vollmer (A. f. D., 1906), Geller, Winternitz, Frieboes (Derm. Zschr., 1914), F. Pröhl (Klinik Spiethoff; Inaug.-Diss., Jena 1914) u. a. Der erste mittels der Kornealimpfung verifizierte Kuhpockenfall dürfte der von Paschen sein (Derm. Zschr., 1914). Paschen sah die Übertragung bei zwei Frauen im Alter von 20 und 59 Jahren. Die jüngere Patientin wies dicke rote Stellen am Nagelrand des linken Zeigefingers, Mittelfingers, und an der Innenseite des rechten Zeigefingers auf. In allen diesen einzelnen Beobachtungen oder gehäufteren Erscheinungen waren die anamnestischen Angaben meist schon ausreichend, um die Übertragung animaler Infektionsprozesse mit großer Wahrscheinlichkeit annehmen zu können.

Die differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Erkrankungen, die vom Rind auf den Menschen übergreifen können und lokalisiert auftretenden, papulo-pustulösen Charakter besitzen, sind: die Maul- und Klauenseuche, die falschen Pocken, Milzbrand und die Pyodermien. Die infektiösen Papillome des Kuheuters können unter Umständen beim Menschen nach papulösen Vorstufen warzige Exkreszenzen hervorrufen, doch ist das Leiden an und für sich so selten, daß es bei der Differenzierung gar nicht in Betracht kommt. Auch die Übertragung der falschen Pocke (Varizellen) auf die Hände rinderwartender Personen zählt zu den Raritäten. Bei der Maul- und Klauenseuche kommt es, außer den Blasen im Mund bei direkter Hautinfektion der Melker, an Händen und Armen zu Bläschen, die bald zu dünnen Borken eintrocknen und meist erst in 1—2 Wochen heilen. Hier entfällt also ganz die initiale Knötchenbildung.

Digitized by Google

Milzbrand ausschließen hilft das Fehlen der für Pustula maligna typischen mißfärbigen Schorfe, der bei der Kuhpocke doch meist nicht vorhandene Lymphangitis, das Auftreten von mehreren Effloreszenzen und das meist nicht gestörte Allgemeinbefinden. Jeden Zweifel beseitigen wird der bakterielle Befund. Die Abgrenzung von Pyodermien kann unter Umständen große Verlegenheit bereiten, wie wir das mit dem dargelegten Fall erhärtet haben. Zweier Zustände wäre noch Erwähnung zu tun, die gelegentlich zu irrtümlicher Auslegung Anlaß bieten könnten: das sind die sogenannten Melkerknoten und die als Paravakzine ausgelegte Veränderung. Bei der Infektion mit Kuhpockenvirus kommt es ab und zu zur Entwicklung kleinster bis fünfpfennigstückgroßer derber Tumoren auf reizloser oder leicht entzündeter Haut, die den Stein- oder Abortivpocken der Rinder entsprechen. Das Rind reagiert nicht an allen Inokulationsstellen mit der Entwicklung wohl ausgebildeter Vakzineblüten, neben diesen schießen auch solide derbe kleine Granulome auf, die teils auf geringe Empfänglichkeit der Kuh oder auf Virulenzabnahme der Lymphe zurückgeführt werden. Ebenso erklärt es sich, daß die Übertragung auch vollvirulenter Kuhpocken auf die Haut der Melkerinnen nicht stets typische Pusteln ausreifen läßt, sondern daß es auf Grund der noch vorhandenen relativen Immunität lediglich zur Entwicklung kleiner Granulationsgeschwülste kommt. Solche Erscheinungen haben Winternitz (A. f. D., Bd. 49), Frieboes (Derm. Zschr., 1914, Bd. 21) u. a. beschrieben. Wir glauben nicht fehl zu gehen, wenn wir manche der als Melkerknoten ausgegebenen Zufälle aus dieser Kategorie ausscheiden und dem heute bereits ziemlich geklärten Begriff der Paravakzine unterstellen.

Als Paravakzine werden mit Impfstoff erzielte Infekte bezeichnet, welche dauernd nodulären Charakter bewahren und als erbsen- bis bohnengroße Erhöhungen derben Gefüges die Insertionsstellen einnehmen. Diese Gebilde verleihen keine Immunität und sind als akzidentelle Übertragung eines der Lymphe beigemengten Infektionsstoffes aufzufasssen. Die jüngsten Untersuchungen von B. Lipschütz (W. kl. W., 1918) machen es sehr wahrscheinlich, daß auch diese Reaktionsformen den Einschlußkrankheiten zuzuzählen sind und mit den Pocken, der Vakzine, dem Molluscum contagiosum und anderen Epitheliosen Gruppengemeinschaft besitzen.

Zusammenfassung.

Die an den Händen lokalisierte tiefsitzende Impetigo kann unter Umständen ein Krankheitsbild vortäuschen, das in allen klinischen Wesenszügen der originären Kuhpocke entspricht. Der experimentelle Kornealversuch und die Gewebsuntersuchung ermöglichen die einwandfreie Unterscheidung.

Digitized by Google

Syphilis erosiva.

Von

Dr. Ernst Levin in Berlin.

Während der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion nur als Ausdruck dessen angesehen werden kann, daß das betreffende Individuum an Syphilis leidet bzw. einmal erkrankt gewesen ist, über den Zusammenhang irgendwelcher, bei ihm zu beobachtender Krankheitserscheinungen mit Syphilis jedoch nichts aussagt, gestattet der positive Befund der Spirochaeta pallida die lokale Diagnose des syphilitischen Charakters der Krankheitsprodukte, in denen sie sich vorfindet. Es liegt hierin ein unschätzbarer Fortschritt, sind wir doch früher trotz ausgedehnter Erfahrung über die Erscheinungsformen der Syphilis infolge deren Vielgestaltigkeit, die bekanntlich das Bild so gut wie jeder Dermatose vortäuschen kann, gelegentlich im Zweifel gewesen, ob wir bei einer als unzweifelhaft syphilitisch bekannten Person Hauterscheinungen als spezifisch ansehen oder mit dem ja auch nicht seltenen Auftreten einer banalen Dermatose bei einem Syphilitiker rechnen sollten, d. h. ob wir es mit einem Rezidiv zu tun hätten, und wie demnach unser therapeutisches Vorgehen einzurichten wäre.

Wie gesagt gibt uns der Spirochätennachweis besonders in klinisch zweifelhaften Fällen ein untrügliches diagnostisches Hilfsmittel an die Hand, das sich bei der Diagnose der syphilitischen Initialmanifestation so außerordentlich bewährt und die aussichtsreiche abortive Frühbehandlung gefördert hat, jedoch auch bei Rückfällen immer noch mehr angewandt zu werden verdient.

So hatte ich in letzter Zeit mehrfach Gelegenheit, bei nachweislich syphiliskranken Personen Erscheinungsformen zu beobachten, die in keines der bei solchen sonst vorkommenden klinischen Bilder hineinpaßten und unzweifelhaft als zufällig aufgetretene harmlose Prozesse hätten gedeutet werden können, wenn nicht durch den positiven Spirochätenbefund ihre wahre Natur aufgedeckt worden wäre; es war dies hier um so bedeutungsvoller, als es sich um Prostituierte handelte, bei denen natürlich der Nachweis ansteckungsfähiger Erscheinungen von weittragendster Bedeutung ist.

Die in Frage stehenden Eruptionen stellen sich dar als durchaus oberflächliche, meist rundliche, scharf begrenzte Erosionen mit glattem, bisweilen polyzyklischem Rande, so daß sie in letzterem Falle den Eindruck eines erodierten Herpes progenitalis vortäuschen konnten; sie sondern spontan, besonders aber auf Druck, ein wasserklares seröses Sekret ab. Ihre Umgebung und der Grund, auf dem sie sitzen, erweist sich in keiner Weise verändert, er zeigt keine Spur von entzündlicher Schwellung, und es fehlt jegliche Andeutung eines Infiltrates. Gefunden wurden sie an den großen Schamlippen und deren nächster Umgebung, d. h. am Übergange zu den Schenkelfalten und dem Damme, sowie in der Afterfalte, also an Stellen, deren Haut den Charakter der gewöhnlichen Ober-

Digitized by Google

haut trägt und sich nicht etwa, wie es an den kleinen Schamlippen der Fall ist, dem der Schleimhaut nähert.

Legen wir uns die Frage vor, ob wir diese Erscheinungsformen den bekannten Manifestationen der Syphilis einordnen können, so kämen besonders nach ihrem Standorte wesentlich und eigentlich ausschließlich papulöse Effloreszenzen in Betracht, die gerade hier die Neigung haben, durch Verlust ihrer Oberdecke einen erosiven Charakter anzunehmen und dann im weiteren Verlaufe durch die hier bestehende Gelegenheit zur Wucherung und Mazeration das Bild der breiten Kondylome darzubieten. Zu dem Begriffe der Papel gehört in jedem Falle der Nachweis einer über das Hautniveau mehr oder weniger erhabenen, derb elastischen Effloreszenz, die gegen die Umgebung, wenn auch oft sanft, so doch immer deutlich abfällt, die beim Übergang zu der nässenden Papel zunächst vielleicht eine leichte dellenartige Vertiefung aufweist, dann aber stets eine plateauartige, feuchte Erhöhung darstellt. Nichts von alledem ist bei den von uns beobachteten Effloreszenzen zu bemerken, sie liegen durchaus im Niveau der übrigen Haut, und weder beim Hinüberstreichen über ihre Oberfläche noch beim Zusammendrücken von den Rändern her ist von der charakteristischen Resistenz des papulösen Infiltrates etwas zu fühlen, vielmehr hat man den Eindruck einer völlig unveränderten, normalen Haut, so wie dies in gleicher Weise beim Betasten einer Roseola-Effloreszenz der Fall sein würde. Es handelt sich also nicht um die sekundäre Erosion einer primär vorhanden gewesenen trockenen Papel, vielmehr um einen Prozeß, der ohne eine solche zu einer Erosion der Epidermis führt, der möglicherweise ein nicht beobachtetes oberflächliches Bläschen voraufgegangen sein mag. Diese Form einer frühzeitigen Allgemeinerscheinung der Syphilis, die bisher nicht besonders beschrieben zu sein scheint, dürfte demnach als Syphilis erosiva zu bezeichnen sein.

Wir müssen jedoch weiter erörtern, ob es sich hierbei wirklich um Erscheinungsformen der sogenannten Sekundärperiode der Syphilis handelt, oder ob für die Deutung etwas anderes in Betracht kommt. Das Nächstliegendste wäre es, die Effloreszenzen als Primäraffekte anzusprechen. Wir haben uns ja mehr und mehr mit der Vorstellung befreundet, daß die früher als typisch bezeichnete Härte, die auch in der Bezeichnung als Initialsklerose zum Ausdruck kam, zwar, wenn sie vorhanden, für den Primäraffekt charakteristisch ist, daß sie jedoch nur ein, und zwar ein sehr variables Symptom desselben darstellt, und daß er gelegentlich in der Form einer Rhagade oder einer oberflächlichen Erosion auftritt, Fälle, die auch gerade seit der Entdeckung der Spirochaeta pallida häufiger beobachtet wurden, bzw. in denen erst durch diese Untersuchung die Diagnose auf beginnende Syphilis gestellt werden konnte. Insofern wäre also der Mangel jeglichen Infiltrates bei unseren Effloreszenzen kein Hindernis. Es war jedoch eingangs darauf hingewiesen worden, daß es sich um Personen mit vorher bereits sicher festgestellter Syphilis handelte, so daß, wenn man die Erscheinungen als Primäraffekte deuten wollte, eine Reinfektion oder Superinfektion vorliegen müßte. Für ersteren, wohl immer noch als verhältnismäßig selten zu erachtenden Vorgang ist bekanntlich die absolut sichere Heilung der erstmaligen Syphilisinfektion unbedingtes Erfordernis; sie ist in den frühen Zeiten, um die es sich hier

Digitized by Google

durchweg handelte, keinesfalls ein so häufiges Ereignis, daß ich mich für berechtigt halten sollte, sie anzunehmen, ohne daß der schlüssige Beweis dafür erbracht wäre; und das war, soweit bisheriger Verlauf und Behandlung der Fälle zu urteilen gestatteten, nicht der Fall.

Da es bei der Superinfektion, d. h. dem Neuhaften von Infektionskeimen auf einem schon vorher an Syphilis erkrankten und durch die bisherige Behandlung zwar teilweise aber nicht völlig sterilisierten Organismus, zur Entwicklung von Krankheitsprodukten kommt, die den Erscheinungsformen der Periode entsprechen, in der das betreffende Individuum sich befindet, müßten wir bei unseren dem Frühstadium der Syphilisverallgemeinerung angehörigen Fällen Formen der sogenannten Sekundärperiode verlangen. Wir würden in erster Linie wiederum das Auftreten papulöser Effloreszenzen zu erwarten haben, um die es sich ja aber, wie oben ausgeführt, nicht handelt, oder wir würden die von uns beschriebenen oberflächlichen Erosionen als besonders geartete Manifestationen der Sekundärperiode, so wie das vorher geschehen, auch für den Fall der Superinfektion aufzufassen haben, und den von uns gezogenen Schluß der bisher nicht genügend gewürdigten Erscheinungsform aufrechtzuerhalten berechtigt und nicht etwa gezwungen sein, sie den auch sonst beobachteten Primäraffekten ohne charakteristische Infiltration gleichzustellen.

Schließlich wäre zu bedenken, ob es sich nicht vielleicht um banale Erosionen handeln könne, in die — nicht wie man sich bei der Superinfektion vorstellen muß dem Individuum bisher fremde Spirochäten von außen her — vielmehr ihm schon vorher innewohnende nachträglich von innen her eingedrungen sind; besonders die mit nicht ganz scharfen, sondern mehr polyzyklischen Rändern versehenen Erosionen, die klinisch zunächst an einen erodierten Herpes erinnerten, ließen diesen Gedanken nicht ganz von der Hand weisen. Die Tatsache, daß Spirochäten auch dort in der Haut sitzen, wo keine makroskopischen Veränderungen zu finden sind, scheint einwandfrei nachgewiesen zu sein[1]), und wir hätten uns den Vorgang so vorzustellen, daß nicht sie selbst an den betreffenden Stellen Syphilisprodukte hervorrufen, sondern daß sie in zufällig über den Stellen, an denen sie lagern, aufgetretenen harmlosen erosiven Hauterscheinungen gewissermaßen durch Schwinden der sie vorher von der Außenfläche abschließenden Decke zutage treten. Dem steht jedoch die Erwägung gegenüber, daß die Spirochäte nicht an der Oberfläche, sondern in den tieferen Schichten der Epidermis gefunden wird, so daß die Wahrscheinlichkeit des vorher als möglich angedeuteten Vorganges, zumal es sich um außerordentlich oberflächliche Erosionen handelt, nicht eben groß ist.

Nach allem dem glauben wir an der Berechtigung, die geschilderten Erosionen als der Syphilis zugehörige, durch die Spirochaeta pallida hervorgerufene Krankheitserscheinungen zu deuten, festhalten zu dürfen.

Die in einer im Juli d. J. erschienenen Arbeit (Kriegswissenschaftliche Beiträge zur Syphilis. D. m. W., 1918, Nr. 29) von F. Lesser veröffentlichte Mitteilung über das Vorkommen von Spirochäten in Herpesbläschen, banalen Einrissen, spitzen Kondylomen bei syphilitischen Personen, die mit den bisherigen Anschauungen doch nach mancher Richtung schwer zu vereinigen ist, kann mich nicht veranlassen, meine in vorstehender (der Redaktion bereits im Februar eingesandten) Arbeit ausgesprochene Auffassung zu ändern.

[1]) Frühwald, R., Neuere Ergebnisse der Syphilispathologie. Klin. ther. Wschr., 1915, Nr. 3—6.

Digitized by Google

Prophylaxe der Gonorrhoe bei Männern.

Von

Dr. Hans Hofmann in Leipzig.

Die Frage der Gonorrhoe-Prophylaxe bei Männern ist im Hinblick auf die augenblickliche ungeheure Verbreitung des Trippers zweifellos eine der brennendsten Tagesfragen, deren glückliche Lösung von vornherein all das Elend ausschaltet, das wir Ärzte heute oft in den Familien als Folge einer vielleicht schon weit zurückliegenden Gonorrhoe-Infektion des Mannes oder des Vaters zu sehen bekommen. Die Bedeutung der Prophylaxe und ihr enormer Wert sowohl für den Einzelnen wie für die Gesamtheit ist einsichtigen Kreisen längst bekannt, und man muß sich außerordentlich wundern, daß Verhütungsmaßnahmen so wenig gehandhabt werden. Wenn wir den Ursachen hierfür nachgehen, so finden sich zwei Momente, die vor allem hier in Betracht kommen. Zunächst ist es die Unkenntnis der schweren Folgen einer gonorrhoischen Infektion, welche vor allem die Jugend leichtsinnig über alles hinwegsehen läßt. Dann aber auch ist es der Mangel an einem geeigneten Prophylaktikum, das sich durch Handlichkeit, Zuverlässigkeit wie saubere, bequeme Anwendung in dem erforderlichen Maße einzuführen verstanden hat.

Dem ersteren Übelstand sucht man jetzt in Wort, Schrift und Bild beizukommen, und in Vereinen und Versammlungen wird die Jugend durch Vorträge mit Lichtbildervorführungen auf die große drohende Gefahr hingewiesen. Von ausschlaggebender Bedeutung aber würde es sein, wenn der Männerwelt ein den oben genannten Anforderungen entsprechendes Prophylaktikum zur Verfügung stände, denn allen diesen Anforderungen zugleich entsprechen die bisher bekannten Prophylaktika keineswegs. Die zahlreich vorliegende Literatur über Protargol als Prophylaktikum — ich erinnere nur an die Arbeiten von Zeissl, Marschalkó, Janet, Michels und Tandler — beweist, daß die Protargolprophylaxe an Zuverlässigkeit und Unschädlichkeit wohl nur vom Kondom übertroffen wird. — In der Tat beruhen denn auch die bekanntesten seitherigen Prophylaktika, Samariter, Viro, Phallokos, auf der Wirksamkeit des Protargols. Wenn ich trotzdem gelegentlich auch einmal von einem Versager nach Anwendung derselben gehört habe, so ist dieses entweder wohl auf eine unsachgemäße Handhabung oder darauf zurückzuführen, daß das Protargol im Laufe der Zeit vielleicht etwas an Wirksamkeit einbüßt, zumal es diesen in Form einer Lösung inkorporiert ist. Ein wesentlicher Fortschritt auf diesem Gebiete scheint mir nun ein Prophylaktikum zu sein, welches unter dem Namen „Delegon“ (Dele Gonococcum) jetzt von den Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., Leverkusen b. Köln a. Rh., auf den Markt gebracht wird und das Protargol in unveränderter Substanz enthält. Dasselbe birgt in einem kleinen Schächtelchen, das bequem in der Westentasche ganz unauffällig mitgeführt werden kann, eine Anzahl einzeln eingewickelter, an beiden Enden abgestumpfter Stäbchen von etwa 18 mm Länge und 3 mm Durchmesser. Die Masse dieser Stäbchen besteht aus einem durch Reichspatent geschützten Gemisch von 2% Protargol mit einem physiologisch vollständig indifferenten Körper, durch welchen es ermöglicht ist, das Protargol leicht, schnell und vollkommen in Lösung zu bringen. Man kann sich leicht davon überzeugen, wenn man ein derartiges Stäbchen in Wasser hineinwirft; in kurzer Zeit ist dasselbe zergangen und eine klare Protargollösung entstanden. Ein solches Stäbchen wird post coitum und nach dem Urinieren in die Harnröhre eingeführt und das Orifizium einige Minuten mit dem Finger verschlossen. Das Stäbchen hat sich dann vollkommen aufgelöst, und man bedeckt das Orifizium, um ein Beschmutzen der Wäsche zu vermeiden, mit etwas Watte und vermeidet zweckmäßig während der nächsten zwei Stunden das Urinieren. Es sei noch bemerkt, daß die Stäbchen dauernd haltbar sind und weder durch trockene Wärme oder längeres Liegen eine Veränderung ihrer Form und Konsistenz erfahren; höchstens bemerkt man ein gewisses Nachdunkeln derselben.

Ich habe nun diese Stäbchen seit etwa zwei Jahren in ausgiebigstem Maße durchzuprüfen Veranlassung genommen, indem ich sie vielen Patienten mitgab und sie auch ferner zahlreichen Bekannten ins Feld schickte und mir deren Urteile über die Brauchbarkeit der Stäbchen erbat. Ich kann da zunächst berichten, daß in keinem der zahlreichen Fälle, in welchen dieselben zur Anwendung kamen, mir über eine gonorrhoische

Digitized by Google

Infektion berichtet wurde, so daß man demnach den Stäbchen wohl eine genügende Wirksamkeit zusprechen darf. Was die Verträglichkeit derselben anbelangt, so haben sich irgend welche unangenehmen oder gar nachteiligen Folgen bei der Anwendung derselben nicht herausgestellt, nur tritt innerhalb der nächsten 18—24 Stunden ein mehr oder weniger starkes Brennen beim Urinieren auf, ein Umstand, der ja wohl kaum bei einem wirksamen Prophylaktikum ganz zu vermeiden ist und jedenfalls in keinem Verhältnis zu dem Vorteil dieser prophylaktischen Maßnahme steht.

Ein endgültiges Urteil über die Brauchbarkeit des neuen Prophylaktikums wird allerdings erst eine jahrelange ausgiebige Erfahrung abzugeben in der Lage sein. Nach dem mit der bisher gebräuchlichen Protargollösung gesammelten Erfahrungen ist jedoch an dem Erfolg kaum zu zweifeln, und Zweck dieser Zeilen ist, auf dieses neue Prophylaktikum hinzuweisen und zu weiteren Beobachtungen anzuregen.

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Januar 1917.

1. Praktische Erwägungen zur Strahlentherapie, von L. BROCQ. An der Hand einzelner Dermatosen erörtert B. den therapeutischen Wert bzw. Unwert und die Gefahren der Röntgen- bzw. Radiumbestrahlung, ohne grundsätzlich Neues zu bringen. Zusammenfassend tritt er für ihre Anwendung ein, denn sie seien ein Heilmittel von erheblichem Wert, das wirklich gute Dienste leisten, ja in bestimmten Fällen ganz unentbehrlich sein kann. Wegen der erheblichen Schäden, die die Strahlenbehandlung im Gefolge haben kann, muß man alle bekannten Vorsichtsmaßregeln anwenden.

2. Untersuchungen über den Lupus pernio und seine Beziehungen zu den Sarkoiden und zur Tuberkulose, von JÖRGEN SCHAUMANN-Stockholm. Lupus pernio und kutane Sarkoide sind Krankheitsäußerungen ein und derselben Erkrankung. Diese ist eine tuberkuloide Lymphadenitis, welche sich auszeichnet durch die Vielfältigkeit ihrer Lokalisation in den Ganglien, den Tonsillen, Knochenmark, Lunge, Leber, Milz. Die Krankheit äußert sich in der Haut auf zwei Arten. Die eine, von der gleichen Art wie die Erscheinungen an den inneren Organen, ist die unter der Bezeichnung „Lupus pernio" und „Sarkoide der Haut" beschriebenen, die andere ist nur in einem Falle, und zwar als eine „Prurigo" aufgetreten. Die Krankheit hat keine Beziehungen zur Tuberkulose, noch zu einer anderen bekannten Infektionskrankheit. Sie ist als „infektiöses Granulom" von gutartigem Verlauf anzusehen, das am treffendsten als „gutartiges Lymphogranulom" bezeichnet werden kann. Die subkutanen Sarkoide von wahrscheinlich tuberkulöser Entstehung gehören nicht hierher.

3. Notiz über den Zustand des Okulo-Kardialreflexes bei Syphilis, von JEAN FELIX-Toulouse. F. stellte bei Syphilis im Stadium des Primäraffektes wie im Sekundärstadium eine Verminderung oder völlige Aufhebung des Okulo-Kardialreflexes fest. Nach energischer Behandlung tritt er in einigen Fällen wieder auf, blieb aber auch in anderen Fällen aufgehoben. Bei tertiärer Lues war der Reflex häufig aufgehoben, bei syphilitischer Affektion des Nervensystems stets. O. Gans-Karlsruhe.

Bücherbesprechungen.

Bartflechten und Flechten im Barte, von S. JESSNER. (2. Aufl.) Dr. JESSNERS Dermat. Vorträge f. Praktiker, Heft 10. (Würzburg 1918, Kabitsch.) Sehr klare, knappe Übersicht, die dem Praktiker gewiß willkommen ist. Neue Gesichtspunkte enthält die Arbeit nicht. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Furunkulosis und andere kokkogene Hautleiden (Impetigo, Erysipel usw.), von S. JESSNER. (3. Aufl.) Dr. JESSNERS Dermat. Vorträge f. Praktiker, Heft 18. (Würzburg 1918, Kabitsch.) Eingehende, hauptsächlich die Therapie berücksichtigende Studie, für den Dermatologen nichts Neues enthaltend. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Über eine anaphylaktische Reaktion bei Fleckfieber, von Eugen Csernel. (W. kl. W., 1917, Nr. 8.) Der Verfasser beobachtet, daß mit einem von ihm gezüchteten Fleckfieberbazill sensibilisierte Meerschweinchen auf eine intrakardiale Reinfektion von Fleckfieberblut mit einem Chok reagieren. Nach seinen Untersuchungen ist die Anaphylaxie auslösende Wirkung des Fleckfiebers an die Formelemente desselben gebunden. Die Reaktion trat nicht nur auf Reaktion des Blutes florider Kranker, sondern auch von einige Tage lang fieberloser Rekonvaleszenten ein. Weder eine Sensibilisierung mit anderen Bazillen noch das Blut von anderen Kranken bei obiger Sensibilisierung verursacht Anaphylaxie. H. Vörner-Leipzig.

Auftreten Wassermannscher Reaktion bei Fleckfieber, von Bittorf. (M. m. W., 1916, Nr. 46.) B. teilt einen Fall von stark positiver Wassermannreaktion im Blut bei einem Fleckfieberkranken mit. Nach 6 und $7^1/_2$ Wochen war die Reaktion beidemal negativ. B. glaubt mit Sicherheit Lues ausschließen zu können, wofür auch das spontane Negativwerden der Reaktion spricht. A. Witte-Bremen.

Weitere Beiträge zur Komplementbindungsreaktion beim Fleckfieber, von P. Papamarku. (B. kl. W., 1917, Nr. 27.) Verfasser gelangt zu folgenden Ergebnisse: 1. Mit Extrakten aus Kulturen des Plotzschen Bazillus ließ sich ein brauchbares spezifisches Antigen gegenüber Fleckfieberseris nicht gewinnen. 2. Aus Kulturen des Proteus- (X 19) Keimes von Weil und Felix wurde ein anscheinend spezifisch wirksamer Extrakt hergestellt, doch ergab derselbe nicht mit allen Fleckfieberkrankenseris eine positive Reaktion; in dieser Beziehung erwies sich die Weil-Felixsche Agglutinationsreaktion der Komplementbindungsreaktion überlegen. 3. Von zwei mit rikettsienhaltigen Läusen hergestellten Extrakten ergab der eine anscheinend spezifische Bindungen; der andere erwies sich als wenig brauchbar. Ob es möglich sein wird, auf diese Weise eine spezifische Komplementbindungsreaktion beim Fleckfieber zu erzielen, erscheint zweifelhaft, da auch normale Läuseextrakte positive Reaktionen ergaben.
E. Klemm-Leipzig.

Über Komplementbindung bei Fleckfieber mit X19, von Reichenstein. (D. m. W., 1917. Nr. 18.) Die von Kolle und Schlossberger gemachten Mitteilungen, daß die Komplementbindung mit X 19 in einem hohen Prozentsatz positiv ausfalle, wurde im k. k. großen mobilen Epidemielaboratorium Nr. 5. nachgeprüft und bestätigt gefunden.
E. Brinitzer-Altona.

Zur Bakteriologie der broncho-pneumonischen Erkrankungen bei Fleckfieber, von J. Petruschky-Danzig. (Zschr. f. Hyg., 1916, Bd. 82, H. 3.) Die Untersuchung des Auswurfs, der fast immer vorhanden war, ergab reichlich charakteristische Befunde eines kleinen Bazillus, der als sich ein Lebewesen sui generis herausstellte. In den typischen Fällen bestand der Auswurf aus einem zähen glasigen Schleim von ebenso klebriger Beschaffenheit wie der Auswurf der an Lanzeolatuspneumonie Leidenden. Der Fleckfieberauswurf enthielt aber fast nie „rostbraune" Stellen, sondern mehrfach, wenn auch nicht regelmäßig, kleinste, weniger als hirsekorngroße, rote Blutpunkte. Rein eitrige Stellen, wie sie der Auswurf Influenzakranker fast immer enthält, fehlten gewöhnlich. Wo sie vorhanden waren, ließ sich Mischinfektion mit Eiterkokken nachweisen, die relativ selten war. Was nun die Eigenschaften des Bazillus in der Reinkultur anlangt, so erscheint er in der Agarkultur kräftiger, zuweilen auch länger als im Sputumpräparat. Außerdem nimmt er in Reinkultur die Färbung nach Gram tadellos an, wenn zur Vorfärbung eine Karbol-Gentianaviolettlösung benutzt wird, die etwa $1^1/_2\%$ Karbol enthält. Im Auswurf ist die Gramfärbung erst dann durchführbar, wenn das getrocknete Sputumpräparat in Alkohol-Äthermischung vorbehandelt wird, weil sonst das ganze Präparat von Gentianaklexen durchsetzt erscheint und einzelne Bazillen kaum erkennen läßt. Außer diesem Typus, welcher in den Fleckfiebersputis sowie in den Fleckfieberleichen fast ausnahmslos nachweisbar war, wurden in einem Teil der Sputa sowie in einigen Leichen noch Mikroorganismen gefunden, die von Auswurfuntersuchungen einheimischer Kranken nicht bekannt waren. Die weiteren Untersuchungen gaben noch keine bestimmte Antwort auf die Frage nach dem Erreger des Fleckfiebers. Sie gaben aber einen nicht unwesentlichen Beitrag zur Lösung der speziellen Aufgabe: Erforschung

Digitized by Google

der Erkrankungen der Atmungswege bei Fleckfieber. Vom praktischen Standpunkt erscheint es richtig, die gefundenen Mikroorganismen vorläufig als Erreger broncho-pneumonischer Mischinfektionen bei Fleckfieber anzusehen, deren Bekämpfung zu den nicht außer acht zu lassenden Aufgaben der Fleckfieberprophylaxis gehört.

O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Über die Komplementbindungsreaktion bei exanthematischen Kinderkrankheiten, insbesondere beim Scharlach, von E. R. Nysten. (Finska Läkaresällskapets Handlinger, Dez. 1917.) Da frühere Untersuchungen ergeben haben, daß die Wassermannsche Reaktion manchmal auch beim Scharlach eintritt, hat Verfasser nähere Untersuchungen über das Vorkommen dieser Reaktion bei genannter Krankheit angestellt, um genauere Kenntnis davon zu gewinnen, zu welchem Zeitpunkte im Verlaufe der Krankheit die Reaktion aufzutreten beginnt, wann sie am stärksten ist, welche Krankheitssymptome etwa das Auftreten der Reaktion begünstigen usw. Dem Verfasser kam es ferner darauf an, zu prüfen, ob etwa durch Verstärkung der Reaktion in der einen oder anderen Richtung, beim Scharlach eine Reaktion erzielt werden könnte, welche einerseits anderen in differential-diagnostischer Hinsicht dem Scharlach nahestehenden Krankheiten nicht zukäme, andererseits aber beim Scharlach so regelmäßig einträte, daß sie möglicherweise als diagnostisches Hilfsmittel bei der Scharlachdiagnose Verwendung finden könnte. Er hat zunächst eine Anzahl Scharlachkranke unter Anwendung eines Überschusses an Kompliment sowie verschieden großer Serummengen untersucht. Hierbei ist die Reaktion stets negativ ausgefallen. Ferner wurden Versuche mit Scharlachorganextrakt als Antigen, sowie auch Versuche mit Anwendung größerer Antigen- und kleinerer Komplementmengen angestellt. Bei diesen Versuchen hat sich zunächst herausgestellt, daß die Scharlachorganextrakte als Antigene keine spezifischen Eigenschaften zu besitzen scheinen, sondern den Normalorganextrakten völlig analog reagieren. Weiter hat sich bei Anwendung einer geringeren Komplementmenge, und zwar derjenigen Menge, welche zur Herbeiführung der Hämolyse erforderlich ist, häufig noch nach Ablauf von zwei Stunden bei 37° positive Reaktion ergeben. Diese positive Reaktion kam gewöhnlich während der zweiten und dritten Krankheitswoche häufiger vor; sie wurde am häufigsten in solchen Fällen beobachtet, wo Drüsenschwellungen als Komplikation auftraten. In keinem der Kontrollfälle wurde eine wirklich positive Reaktion erzielt. Sodann wurde der Extrakt mit Cholesterin verstärkt, und eine Anzahl Scharlachfälle regelmäßig — nach gewissen Zwischenzeiten — unter Anwendung der oben angegebenen Komplementmenge untersucht. In den meisten Fällen konnte während einer gewissen Krankheitsperiode, gewöhnlich während der zweiten und dritten Krankheitswoche, noch nach Ablauf von zwei Stunden bei 37° positive Reaktion erzielt werden. Im Verlaufe der späteren Krankheitszeit ging die positive Reaktion in eine negative über. Auch hier schien die Reaktion in solchen Fällen am stärksten zu sein, wo als Komplikation irgend eine entzündliche Affektion, namentlich hochgradigere Drüsenschwellungen, hinzutrat. Bei den Kontrollfällen fiel die Reaktion nach Ablauf von zwei Stunden immer negativ aus. Versuche mit Streptokokken aus Scharlachrachen als Antigen ergaben negative Reaktion. In Masernfällen fielen die Komplementbindungsversuche immer negativ aus. Bei Variola angestellte Komplementbindungsversuche mit Inhalt der Variolapusteln als Antigen ergaben in den meisten Fällen positive Reaktion, und diese trat am frühesten im Verlaufe des zweiten Tages nach dem Ausbruch des Exanthems auf. In zwei Fällen, wo die Krankheit überaus schwer und der Allgemeinzustand der Patienten sehr schlecht war, fiel die Reaktion negativ aus. Bei Varizellen ergaben die Versuche mit Anwendung von Varizellenpustelninhalt als Antigen negatives Resultat. Die Versuche bei Variola mit Varizellenantigen und bei Varizellen mit Variolaantigen ergaben keine Reaktion.

W. Holland-Kristiania.

Ein Fall von Vaccinia generalisata, von E. B. Salén. (Svenska Läkaresällsk. Handlinger, 1917, Nr. 3.) Ein Fall von Vaccinia generalisata während der jetzigen Variolaepidemie in Schweden, durch eine Schnittwunde verursacht. Inokulation von Bläscheninhalt auf Kaninchenauge mit negativem Resultat ausgeführt.

W. Holland-Kristiania.

Beitrag zur Ätiologie der Variola, von Hallenberger-Kiel. (Zbl. f. Bakt., Bd. 80, H. 1/3.) Die Untersuchungen haben nichts wesentlich Neues zutage gefördert, sind aber geeignet, die bisherigen Mitteilungen über das Pockenvirus, besonders die Paschens und von Prowazeks, zu stützen bzw. zu ergänzen. Näheres im Original.

O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Digitized by Google

Dermatologische Kleinigkeiten.

Histologische und klinische Beiträge zur anaëroben Wundinfektion, von Otto Jüngling-Tübingen. (Beitr. z. klin. Chir., 1917, Bd. 107, H. 3.) Aus dem klinischen Bild kann die Diagnose klassischer Gasbrand oder klassisches malignes Ödem nicht gestellt werden. Die klinische Diagnose kann nur lauten: anaerobe Wundinfektion. Die anaerobe Wundinfektion hat ihren Sitz im wesentlichen in der Muskulatur. Histologische Untersuchungen zeigen rasenförmiges Wachstum der Bazillen in der Muskulatur. In den Gefäß- und Lymphscheiden sind die Bazillen viel spärlicher vorhanden, sie scheinen hierhin eben ausgeschwemmt zu sein. Der Organismus zeigt bei der anaeroben Wundinfektion nicht die klassischen Zeichen der Entzündung. Mikroskopisch fehlt Rubor und Kalor; histologisch fehlt die Leukozytose. Diese Erscheinungen sind nur bei Mischinfektionen zu beobachten. Die Allgemeinerscheinungen sind die Folge einer Vergiftung vom primären Muskelherd aus. Der klinische Verlauf hängt ab von der Virulenz der Bazillen und von der Ausdehnung der primären Gewebsschädigung durch das verletzende Geschoß. Wir finden demnach die örtliche anaerobe Wundinfektion (Gasabszeß) und die fortschreitende anaerobe Wundinfektion. Bei letzterer entscheidet die Giftproduktion den klinischen Verlauf. Verhältnismäßig avirulente Infektion verläuft mit ausgedehnten Hautveränderungen (hämolytische Flecken). Bei der virulenten steht im Vordergrund die örtliche Gangrän und die allgemeine Vergiftung. Die hämolytischen Flecken sind nicht der Ausdruck eines aktiven Krankheitsvorgangs, sondern sind nur Diffusionsflecken, die sich ausbreiten wie die Flecken bei einer subkutanen Fraktur; sie sind bazillenarm und führen selten zur Gangrän der Haut. Das Vorhandensein von Gas sagt nichts über die Ausbreitung des Krankheitsprozesses. Die Ausbreitung erfolgt rein nach mechanischen Gesetzen. Nekrose ganzer Glieder ist in der Mehrzahl der Fälle die Folge eines Gefäßschusses. Liegt ein solcher nicht vor, so ist sie eine Folge des Vordringens des primären Gangränherdes nach den großen Gefäßen, was zur Thrombosierung aller Venen führt. Die beste Prophylaxe ist die Frühdiagnose, womöglich ehe stärkere Allgemeinerscheinungen vorhanden sind. Ist diese gestellt, so empfiehlt sich sofortige Anlegung eines Staubandes zur Verminderung der Resorption, ausgedehnte Spaltung des Schußkanals, Freilegung des Muskelherdes, Exzision des Muskels, soweit er makroskopisch zerstört oder erkrankt erscheint. Eine ausgiebige Inzision der hämolytischen Flecken der Haut erscheint nicht notwendig. W. Chrzelitzer-Posen.

Beobachtungen und Erfahrungen bei Untersuchungen und Operationen von Schußverletzungen der peripheren Nerven mit besonderer Berücksichtigung veralteter Fälle und differentialdiagnostisch in Betracht kommender traumatischer Affektionen des Rückenmarkes, von Theodor Mauss und Hugo Krüger-Dresden. (Beitr. z. klin. Chir., 1917, Bd. 108, H. 2.) Als Begleiterscheinungen solcher Schußverletzungen der peripheren Nerven sehen wir recht unangenehme Kältempfindung, Ödeme, hochgradige Zyanosen, Glanzhaut, Temperaturdifferenzen, lokale Schweißbildung, Hyperkeratosen, abnormen Haar- und Nagelwuchs. Bei Ischiadikusverletzungen hin und wieder Mal perforant. W. Chrzelitzer-Posen.

Charakteristische Krankheitsbilder, von Cammerloher. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1917, Nr. 21.) C. berichtet an der Hand von Abbildungen über einen Fall von Herpes zoster ophthalmicus gangraenosus und über einen Mann, der rechts eine äußere Inguinalhernie und links eine Hydrozele hatte. Aus der Abbildung ist das Charakteristische für Hernie und Hydrozele gut zu ersehen. E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Prof. Fritz Gmeiner, Direktor der Klinik für innere Tierkrankheiten in Gießen, ist in Warschau gestorben. Dermatologisch lebhaft interessiert, hat er sich auch an den Hautkliniken zu Leipzig und Gießen wissenschaftlich betätigt. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

24. August 1918 | Nr. 34 | Band 67

Weitere Erfahrungen über die Heilung der plastischen Induration des Penis durch Röntgenbestrahlung.

Von

Oberstabsarzt Prof. Dr. Galewsky und Stabsarzt Dr. Weiser in Dresden.

In Nr. 33, Bd. 63 der Dermatologischen Wochenschrift hat Galewsky über die Heilung der plastischen Induration des Penis mit Radium berichtet und einen Fall erwähnt, der auf seine Veranlassung von Dr. Nahmmacher in Dresden durch Radiumbestrahlung geheilt worden ist. Seit dieser Zeit sind von Dr. Nahmmacher drei weitere Patienten von Galewsky in Behandlung genommen worden, von denen zwei geheilt sind, der dritte aber seine Kur gebessert unterbrechen mußte, da Dr. Nahmmacher ins Feld ging.

Die Schwierigkeiten der Radiumbestrahlung und die Tatsache, daß der Dresdner Radiumtherapeut andauernd im Felde war, sowie die Fortschritte in der Röntgenbestrahlungstechnik veranlaßten uns, Versuche mit der Röntgenbestrahlung bei plastischer Induration zu machen. In Nr. 24, Bd. 64 der Dermatologischen Wochenschrift haben wir dann über einen mit Röntgenstrahlen behandelten Fall berichtet.

Derselbe wurde in 16 Sitzungen innerhalb dreier Monate mit vollem Erfolg geheilt. Nur ein kleines, bohnengroßes Infiltrat blieb als Rest zurück, die Beschwerden bei der Erektion waren fast völlig geschwunden, die Potentia coeundi wiederhergestellt.

Dieser Erfolg veranlaßte uns, alle Patienten, die uns auf Grund der Veröffentlichung aufsuchten bzw. zugewiesen wurden, ebenfalls mit Röntgenstrahlen zu behandeln.

Es wurden einschließlich des ersten Falles 12 Patienten behandelt, von denen 6 als geheilt, 4 als gebessert, 1 als fast unbeeinflußt angesehen werden müssen. Ein Patient ist aus unbekannten Gründen weggeblieben. Die Bestrahlungstechnik gestaltete sich folgendermaßen:

Durchschnittlich aller 14 Tage eine Sitzung von 10 Minuten Dauer, in der etwa 150 Fürstenau-Einheiten verabfolgt wurden. Mittelharte, jedoch nicht extrem harte homogenisierte Lilienfeldstrahlung etwa 12 Wehnelt, 4 mm Alum.

Bei den 12 im Verlaufe von $1^1/_2$ Jahren behandelten Patienten zeigte sich wiederum in verschiedenen Punkten die Überlegenheit der Lilienfeldröhre über die Gasröhre. Doch sind die Vorteile der Lilienfeldröhre bereits anderen Ortes so eingehend und so überzeugend beschrieben worden, daß hier von einer nochmaligen Schilderung derselben abgesehen werden soll. Es sei jedoch hervorgehoben, daß es uns die Lilienfeldröhre ermöglicht hat, alle Patienten in weit größerem Maße unter an-

Digitized by Google

nähernd den gleichen Bedingungen zu behandeln, als es bisher in einem so ausgedehnten Zeitraum mit der Gasröhre möglich war.

Seit der letzten Veröffentlichung in Band 64 der Dermatologischen Wochenschrift, haben sich unsere Kenntnisse über die von den verschiedenen Röntgenröhren erzeugten Strahlengemische erweitert. Wir können heute nicht mehr wie damals annehmen, daß die Lilienfeldröhre eine Strahlenqualität erzeugt, die von allen heute erzeugbaren Röntgenstrahlen der Gammastrahlung des Radiums am nächsten kommt. Denn es haben namentlich die Untersuchungen von Duane und Hunt und von Hull und Webster gezeigt, daß die Strahlungen anderer Röntgenröhren, welche mit Spannungen betrieben werden, die einer Parallelschlagweite von 30—45 cm entsprechen, bereits Strahlenkomponenten enthalten, die nicht viel weicher sind, als die Gammastrahlung des Radiums. Doch sind diese härtesten Komponenten in so außerordentlich geringer Menge vorhanden, daß sie für einen therapeutischen Effekt zurzeit noch nicht in Frage kommen. Die Hauptmenge der Strahlung liegt im Bereiche von etwa 10—12 Wehnelt Strahlenhärte.

In bezug auf Hartstrahlung ist die Lilienfeldröhre aber den anderen Röhren dadurch überlegen, daß sie dieselbe, namentlich bei 4 mm Aluminiumfilterung gleichmäßig dauernd und in größerer Menge erzeugt wie alle anderen Röhrensysteme.

Abgesehen von zwei leichten Hartstrahlenerythemen und abgesehen von den Reizerscheinungen bei Fall 5 sind Hautschädigungen oder gar Verbrennungen niemals beobachtet worden. Doch soll nicht unerwähnt bleiben, daß es bei hartnäckigen Fällen gar nicht einfach ist, einen therapeutischen Effekt ohne das vorübergehende Auftreten von Reizerscheinungen zu erzielen.

Da der Verlauf bei den einzelnen Kranken ein nicht gleichmäßiger war, halten wir es für zweckmäßig, einen kurzen Überblick über die einzelnen Krankengeschichten zu geben.

Referat über den bereits in Band 64 der Dermatologischen Wochenschrift veröffentlichten Fall.

1. Landsturmmann K., 42 Jahre alt.

Vorgeschichte: Im Felde allmählich eine Verhärtung im Gliede entstanden, welche starke Schmerzen bei der Erektion und Impotentia coeundi zur Folge hat.

Befund: Derbe plattenförmige Induration vom Sulcus coronarius bis zur Wurzel des Penis reichend.

Ergebnis: Nach 16 Bestrahlungen mit $2^1/_4$ Stunden Gesamtbestrahlungszeit Einschmelzen der bindegewebigen knorpeligen Platte bis auf einen bohnengroßen Rest. Beschwerden bei der Erektion geschwunden. Potentia coeundi wiederhergestellt. Es ist jedoch eine schmerzlose leichte Verbiegung des Penis bei der Erektion bestehen geblieben.

Wir schrieben damals: „Wir haben es also mit einem vollen Erfolg zu tun. Der kleine Rest, der noch übrig ist, wird entweder von selbst zurückgehen, oder sich durch kurze Nachbehandlung ohne Zweifel mühelos ganz beseitigen lassen."

In bezug auf die Beseitigung des Restes sind wir jedoch um eine Erfahrung reicher geworden. Dieselbe gelingt nicht so mühelos, als wie wir damals annahmen. Wir haben bei diesem Patienten nach der Veröffentlichung noch einige Sitzungen verabfolgt, um den Rest zu beseitigen.

Digitized by Google

Als diese Nachbestrahlungen jedoch nicht den erwarteten Erfolg brachten, haben wir die Behandlung abgebrochen und haben uns nicht darauf versteift, die Einschmelzung des letzten kleinen Restes zu erzwingen, und zwar, weil wir den Patienten nicht ohne zwingende Notwendigkeit der Gefahr einer Röntgenschädigung aussetzen durften.

Auf Grund dieser Erfahrung haben wir auch bei späteren Patienten davon abgesehen, die Beseitigung eines letzten Restes zu erzwingen, wenn bereits im übrigen ein befriedigender Erfolg erreicht war.

2. Baumeister A., 57 Jahre alt, vorbehandelt.

Vorgeschichte: Alte Lues, Gonorrhoe vor Jahrzehnten. Vor zwei Jahren bildete sich allmählich eine Induration aus, die bei der Erektion Schmerzen und Verkrümmung erzeugte. Durch Radiumbestrahlung Dr. Nahmmachers waren bereits die Schmerzen verschwunden, die Induration zu einem guten Teil zurückgebildet.

Befund: Es bestand noch an dem hinteren Teile des Penis eine Induration, welche bis tief in die Wurzel herabreichte und welche noch häufige Erektionen mit Verkrümmungen veranlaßte.

Ergebnis: Durch 20 Bestrahlungen von $2^1/_2$ Stunden Dauer bildete sich die Induration noch weiter zurück, doch bleibt ein deutlich fühlbarer Knoten im Bereiche der Radix dauernd bestehen. Die Erektionen sind seltener geworden, die Verkrümmung bei der Erektion ist noch vorhanden. Koitus durch Radium-Röntgenbehandlung wieder ermöglicht.

Bei diesem Falle war ein ausschlaggebender Erfolg mit Röntgenbestrahlung nicht zu erzielen, weil die Aufgabe schon zu einem guten Teil durch die Radiumbestrahlung gelöst war. Es handelt sich nur noch um eine Nachbehandlung zur Verbesserung des mit Radium bereits erzielten Erfolges.

3. Gymnasialoberlehrer F., 59 Jahre alt, vorbehandelt[1]).

Vorgeschichte: Seit Oktober 1914 Induration allmählich aufgetreten. Angeblich bereits Besserung durch 30 Fibrolysininjektionen.

Befund: Abknickung bei der Erektion, aber keinerlei Schmerzen oder Beschwerden dabei.

Ergebnis: Befriedigender Erfolg nach sieben Bestrahlungen von insgesamt 52 Minuten. Abknickung und Verkrümmung verschwunden. Keine Beschwerden mehr. Potentia nicht geprüft. Während der Behandlung Witwer geworden.

4. Maschinist B., 49 Jahre alt, mit Jodvasogen vorbehandelt.

Vorgeschichte: Vor $1^1/_2$ Jahren bildeten sich derbe Knoten im Penis. Bei Erektion starke Krümmung nach links. Keine Schmerzen. Konnte das erigierte Glied knicken, es fehlte ihm die rechte Steife. Die Kraft und die Lust hatte nachgelassen.

Befund: Ausgedehnte, den ganzen Rücken des Penis einnehmende breite, derbe Induration, von dem Sulcus coron. bis zur Wurzel reichend.

Ergebnis: Nach elf Bestrahlungen von insgesamt 120 Minuten Dauer Rückbildung der Induration bis auf einen kirschkerngroßen Knoten an der Wurzel. Die frühere Knickung bei starker Erektion ist vollkommen verschwunden. Es ist nur noch eine leichte Deviation vorhanden. Die Potentia coeundi wurde nicht geprüft. Patient ist während der Behandlung Witwer geworden.

Nachtrag: Hat sich inzwischen wieder verheiratet. Potentia coeundi vollkommen wiederhergestellt.

5. Dr. med. W., 63 Jahre alt.

Vorgeschichte: Seit November 1916 bei der Erektion zunehmende Krümmung nach rechts, dabei unangenehmes, spannendes, leicht schmerzhaftes Gefühl. Bei Liegen im Bett war auch der nicht erigierte Penis im Wege und empfindlich. Er stieß sich oft daran und das Aufliegen der Bettdecke störte ihn. Der Koitus wurde nicht versucht, weil die Einführung für undurchführbar gehalten wurde.

[1]) Von Spezialarzt Dr. Leibkind-Dresden zugewiesen.

Digitized by Google

Befund: Ausgedehnte, den ganzen Rücken des Penis einnehmende, sehr derbe, fast knochenharte Induration, in welcher dem Tastgefühl nach Kalksalze eingelagert sein müssen.

Ergebnis: Offensichtlich erhöhte Strahlenempfindlichkeit der Schleimhäute. Schon nach zwei Bestrahlungen von je 10 Minuten Dauer kam es zu einer starken Schwellung der Schleimhäute des Präputiums und zu dadurch bedingten starken Beschwerden von seiten einer bereits bestehenden leichten Phimose. Nach weiteren sieben Bestrahlungen von insgesamt 50 Minuten Dauer mußte die Behandlung abgebrochen werden, da infolge der leichten Reizbarkeit der Schleimhäute des Präputiums und auch der Harnröhre heftige Beschwerden auftraten, und da eine dauernde Schädigung unter allen Umständen vermieden werden mußte. Hervorzuheben ist, daß der Patient, soweit als durchführbar die gleichen Strahlenqualitäten und -quantitäten erhalten hat wie alle anderen Patienten und daß diese alle bis auf noch einen keine Reizerscheinungen zeigten. Da Qualität und Quantität bei allen behandelten Fällen mit besonderer Sorgfalt bestimmt worden waren, muß man eine sehr verschiedene Strahlenempfindlichkeit bei den einzelnen Patienten annehmen. Dabei soll von einer Idiosynkrasie nicht die Rede sein, an die wir, wie die meisten Strahlentherapeuten, nicht glauben. Daß aber Unterschiede in der Strahlenempfindlichkeit der Haut und Schleimhaut bestehen, die von Rasse, Kolorit (blond oder dunkel), Alter und Allgemeinzustand abhängig sind, steht wohl außer Zweifel.

Ergebnis fast negativ: Nur die früher vorhandenen leicht schmerzhaften Empfindungen sind weggeblieben. Die Induration und Verkrümmung bei der Erektion besteht unverändert fort. Der Penis ist kleiner, die Eichel runzelig geworden. Die durch Röntgenstrahlen verursachte Schwellung des Präputiums hat sich vollkommen zurückgebildet.

6. Juwelenhändler M., 57 Jahre alt.

Vorgeschichte: Seit 1914 entstand allmählich hinter der Glans eine Verhärtung, die sich nach der Wurzel zu weiter ausbreitete. Das Glied fing an, sich bei der Erektion mehr und mehr zu krümmen. Bei der allmorgendlichen Wassersteife war der Schmerz so stark, daß der Schlaf gestört wurde.

Befund: Alte, harte, über den größeren Teil des Penisrückens sich verbreitende Induration.

Ergebnis: Nach drei Bestrahlungen von insgesamt 40 Minuten Dauer haben die Beschwerden bereits nachgelassen. Das lästige Druckgefühl bei der Wassersteife ist geschwunden, Erektionen treten seltener auf. Nach weiteren vier Bestrahlungen von insgesamt 50 Minuten Dauer stationärer Zustand. Die Beseitigung des letzten Restes der Induration wird zur Vermeidung einer Gewebsschädigung nicht erzwungen.

Vollständige Beseitigung der schlafstörenden Schmerzen, des lästigen Druckes bei der Wassersteife, selteneres und nicht mehr krampfhaftes Auftreten der Erektionen. Nachlassen der Verkrümmung. Die Potentia wurde nicht festgestellt, da Patient inzwischen Witwer geworden ist.

Bei diesem Patienten waren zweimal Hartstrahlen-Erytheme aufgetreten, die ohne Nachwirkung bald abklangen.

7. Gefreiter H., 48 Jahre alt.

Vorgeschichte: Ostern 1917 beim Reiten Spannung im Penis bemerkt, einige Wochen später allmählich harte Schwellung. Es traten Schmerzen bei der Erektion und Impotentia coeundi auf. Auch der nicht erigierte Penis war ständig im Wege, so daß das Tragen der Uniform Beschwerden verursachte.

Befund: Ausgedehnte, den ganzen Rücken des Penis einnehmende Induration mit stellenweise starken, knotigen Verdickungen.

Ergebnis: Nach fünf Bestrahlungen von insgesamt 56 Minuten Dauer Schmerzen vollkommen geschwunden, jedoch wird das Glied in der Glans zurzeit nicht mehr steif, so daß Immission zurzeit nicht möglich ist. Erektionen seltener geworden. Nach weiteren drei Bestrahlungen von zusammen 28 Minuten Dauer vollständige Rückbildung der Induration bis auf einen ganz kleinen Rest. Patient bedarf noch der weiteren Beobachtung.

8. Bankvorsteher N., 39 Jahre alt.

Vorgeschichte: Seit $1^1/_2$ Jahren Verhärtung im Glied. Krümmt sich bei der Erektion nach oben, ist nachts ungewöhnlich steif und verursacht lästiges Spannen, das sich bis zur Schmerzhaftigkeit steigert. Immission geht eben gerade noch, aber der Koitus ist schmerzhaft. Libido fehlt. Tagsüber keine Beschwerden.

Befund: Induration in der Mitte und an der Wurzel des Penis. Derb, breit, plattenartig.

Digitized by Google

Ergebnis: Nach zwölf Bestrahlungen von insgesamt $1^1/_2$ Stunden Dauer vollständige Zurückbildung der Induration bis auf einen ganz kleinen erbsengroßen Rest. Beschwerden vollkommen geschwunden.

9. Gefreiter Sch., 37 Jahre alt.

Vorgeschichte: Seit August 1916 Verdickung im Penis. Erst eine kleine, bohnengroße derbe Stelle. Allmählich größer geworden. Zunächst Schmerzen bei der Erektion, später so starke Verkrümmung, daß das Glied sich mit der Glans gegen die Bauchwand stemmte. Wenn dabei, was häufig geschah, Wasserdrang auftrat, war Besudelung unvermeidlich. Koitus vollkommen ausgeschlossen.

Befund: Ziemlich dicke, derbe, knorpelige Platte, die besonders stark hinter dem Sulcus coron. und an der Wurzel war. Die Mitte war etwas weicher und schmaler.

Ergebnis: Nach 15 Bestrahlungen von insgesamt $2^1/_4$ Stunden Dauer Induration bis auf eine kleine, sich derb anfühlende Stelle zurückgebildet. Schmerzen und Verkrümmung verschwunden. Potentia coeundi vollkommen wiederhergestellt.

10. Bankier K., 57 Jahre alt.

Vorgeschichte: September 1916 schmerzhafte Erektion nachts, die den Schlaf störte. Allmählich zunehmende Verkrümmung, die die Immission unmöglich machte. 84 Fibrolysininjektionen ohne merkbaren Erfolg.

Befund: Große derbe Platte auf der Rückseite des Penis von der Glans bis tief in die Radix hinein.

Ergebnis: Nach 14 Bestrahlungen von insgesamt $2^1/_4$ Stunden Dauer sind die schmerzhaften schlafstörenden Erektionen ziemlich selten geworden. Die Erektionen treten nicht mehr so häufig wie vor der Behandlung auf. Die Induration am Rücken des Penis fast ganz geschwunden, an der Radix des Penis noch vorhanden, ist aber auch hier unbedingt weicher geworden. Die frühere Abknickung ist allmählich in eine erträgliche Verkrümmung übergegangen.

11. Oberschaffner P., ist nach der dritten Bestrahlung weggeblieben. (Vom Spezialarzt Dr. Barth zugewiesen).

12. Schlosser T., 28 Jahre alt.

Vorgeschichte: Seit Jahren beim Laufen Schmerzen im Gliede. Bei der Erektion stärkste Schmerzen und Abknickung in einem spitzen Winkel. Koitus unmöglich wegen heftiger Schmerzen und wegen der Knickung.

Befund: Derbe Induration hauptsächlich im vorderen Teile des Penis und an der Wurzel.

Ergebnis: Nach sieben Bestrahlungen von zusammen einer Stunde Dauer nur noch ganz geringe Schmerzen, Verkrümmung bei der Erektion jedoch noch unverändert, aber in nicht erigiertem Zustande geniert bereits die Kleidung nicht mehr. Nach weiteren zwei Bestrahlungen von zusammen 25 Minuten ist die Potentia coeundi wiederhergestellt, da nur noch eine ganz kleine Verkrümmung bei der Erektion vorhanden ist. Es tritt zwar bei der Erektion die Steifung nicht mehr in dem gleichen kräftigen Maße auf wie früher, doch wird angeblich der Genuß und die Befriedigung dadurch nicht beeinträchtigt. Die Schmerzen sind vollkommen geschwunden. Auch die Induration ist wiederum bis auf einen erbsengroßen mittelderben Rest vollkommen zurückgegangen.

Zusammenfassung.

Induration: Die Induration hatte in allen Fällen den größeren Teil des Rückens des Penis befallen. Die Konsistenz der Induration war unterschiedlich von weichknorpelig bis fast knochenhart. Bei dem einen Patienten (Fall 5), bei dem wegen erhöhter Empfindlichkeit der Schleimhäute die Behandlung abgebrochen werden mußte, zeigte die Induration eine besonders derbe Beschaffenheit. Bis auf diesen einen Fall konnte in allen Fällen eine weitgehende, fast vollständige Zurückbildung der Induration erreicht werden. Die Beseitigung eines kleinen letzten Restes wurde, wie schon erwähnt, nicht erzwungen, wenn das Ergebnis im übrigen ein befriedigendes war.

Digitized by Google

Schmerzen: Sie wurden in allen Fällen bereits mit wenigen Bestrahlungen beseitigt. Bei zwei Patienten haben nie Schmerzen bestanden, trotzdem bei diesen die Induration ebenso ausgedehnt war, wie bei den anderen.

Erektion: Durch das Bestehen der Induration traten die Erektionen in den meisten Fällen häufiger wie früher auf. Mit der Rückbildung der Induration kamen auch die Erektionen auf das frühere Maß zurück.

Die Knickung und Krümmung: Die Knickung wurde in allen Fällen beseitigt. Die Krümmungen mäßigten sich bei fast allen Patienten zu einer leichten Deviation. Eine vollkommene Beseitigung dieser letzten leichten Verbiegung konnte allerdings nicht erreicht werden, doch wird eine Impotentia coeundi durch sie nicht verursacht.

Lebensalter:

28 Jahre (Fall 12). Voller Erfolg nach $1^1/_2$ stündiger Bestrahlung. Potentia wiederhergestellt.
37 Jahre (Fall 9). Voller Erfolg nach $2^1/_4$ stündiger Bestrahlung. Potentia wiederhergestellt.
39 Jahre (Fall 8). Voller Erfolg nach $1^1/_2$ stündiger Bestrahlung.
42 Jahre (Fall 1). Voller Erfolg nach $2^1/_4$ stündiger Bestrahlung. Potentia wiederhergestellt.
49 Jahre (Fall 4). Voller Erfolg nach 1stündiger Bestrahlung.
48 Jahre (Fall 7). Guter Erfolg nach $1^1/_2$ stündiger Bestrahlung.
57 Jahre (Fall 6). Befriedigender Erfolg nach $1^1/_2$ stündiger Bestrahlung.
57 Jahre (Fall 2). Befriedigender Erfolg nach $2^1/_4$ stündiger Bestrahlung.
53 Jahre (Fall 10). Befriedigender Erfolg nach 2stündiger Bestrahlung.
59 Jahre (Fall 3). Besserung nach 1stündiger Bestrahlung.
63 Jahre (Fall 5). Unbefriedigender Erfolg nach 1stündiger Bestrahlung.

Aus dieser Zusammenstellung scheint sich zu ergeben, daß die Prognose vom Lebensalter abhängig ist. Je niedriger das Lebensalter, desto leichter die Behandlung, desto größer erscheint die Aussicht auf einen vollen Erfolg.

Röntgen oder Radium. Röntgen- und Radiumstrahlen sind zweifellos beide Heilmittel für die Induratio penis plastica. Es läßt sich zurzeit noch nicht entscheiden, welche Methode die wirksamere ist. Unterschiede bestehen heute hauptsächlich in der Anwendungstechnik. Man kommt bei der Röntgentherapie mit weniger Sitzungen von geringerer Dauer aus wie beim Radium, ein Umstand, der hauptsächlich bei auswärtigen Patienten ins Gewicht fällt. Außer diesem Umstand spricht zugunsten der Röntgentherapie, daß in allen Groß- und Kleinstädten sich bedeutend mehr Gelegenheiten für die Röntgentherapie finden wie für Radiumtherapie.

Wie bereits in einer früheren Arbeit mitgeteilt wurde, hat schon Bernasconi in Algier[1]) zwei Fälle von plastischer Induration des Penis

[1]) Revue clinique d'Urologie. (Literaturverzeichnis seit 1911 in Dermatologische Wochenschrift, 1916, Nr. 33, Galewsky. Über die Heilung der plastischen Induration des Penis mit Radium.)

Digitized by Google

mit Röntgenstrahlen behandelt und einen Fall nach 18 Bestrahlungen völlig geheilt, während der andere anscheinend unbeeinflußt blieb.

Ob es sich dabei wie bei uns ebenfalls um einen älteren Patienten mit fast knochenharter Induration gehandelt hat, ist aus der Arbeit nicht zu ersehen.

Es wird weiteren Untersuchungen überlassen bleiben, festzustellen, ob die Radiumtherapie bei diesen fortgeschrittenen und fast knochenharten Indurationen noch Erfolg erzielen kann. Wahrscheinlich wird in diesen Fällen die Radiumtherapie ebenso wie die Röntgentherapie versagen.

Jedenfalls haben unsere bisherigen Versuche an einem großen Krankenmaterial gezeigt, daß der veröffentlichte erste Fall nicht ein Zufallserfolg war, und daß neben der Radiumbehandlung die Röntgenbehandlung ein außerordentlich wirksames Mittel zur Heilung der plastischen Induration ist.

Wenn es auch bisher nicht gelungen ist, bei der großen Differenz, die die einzelnen Fälle im klinischen Bilde aufweisen, bei der Verschiedenheit der Schmerzempfindlichkeit trotz sonst gleichem klinischen Befund, bei der verschiedenen Stärke der Erektionsfähigkeit usw., eine Norm für alle Fälle aufzustellen, so läßt sich heute mit Sicherheit sagen, daß die Röntgenbehandlung in der überwiegenden Mehrzahl der behandelten Fälle sich als ein Heilmittel der Induratio plastica bewährt hat. Als Norm scheint lediglich festgestellt worden zu sein, daß die Behandlung bei jüngeren Patienten leichter und schneller zum Ziele führt wie bei älteren. Bei den älteren Patienten gehört, wie wir allmählich kennengelernt haben, allerdings eine große Erfahrung in der Strahlentherapie dazu, um auch renitentere Fälle zu beeinflussen, ohne daß es zu stärkeren Reaktionen kommt.

Im Vergleich zu früheren Zeiten, wo man der Induratio penis plastica therapeutisch ziemlich hilflos gegenüberstand, muß die Röntgenbehandlung als ein erfreulicher therapeutischer Fortschritt bezeichnet werden.

Aus Statens Seruminstitut in Kopenhagen (Direktor: Dr. med. Th. Madsen).

Das Verhältnis der Wassermannschen Reaktion bei Syphilis ignorée.

Von

Priv.-Doz. Dr. Harald Boas in Kopenhagen.

Chefarzt der Kopenhagener Poliklinik für dermato-venerologische Krankheiten.

Unter Syphilis ignorée versteht man wie bekannt die Formen von Syphilis, wo die Erkrankung oft durch viele Jahre oder Jahrzehnte hindurch zugegen war, ohne daß der Kranke selbst die geringste Ahnung von ihrem Bestehen hatte. Das Primär- und Sekundärstadium ist für den Patienten unbemerkt vorübergeglitten oder auch sowohl vom Patienten wie vom Arzt falsch gedeutet worden, und erst weit in der Tertiärperiode geben sich die Erkrankungen durch Ausbrüche von größerer oder geringerer Intensität zu erkennen; in selteneren Fällen sieht man anstatt Symptomen von tertiärem Typus einen Ausbruch von Syphilis secondaire tardive. Zuweilen wird die Krankheit dadurch entdeckt, daß

Digitized by Google

die Patientin einem syphilitischen Kinde das Leben schenkt, oder dadurch, daß der Arzt gruppierte Cikatricen, Hutchinsonsche Zähne, Vorhandensein eines Pigmentsyphilids (Leukoderma) usw. feststellt, oder auch dadurch, daß anläßlich eventueller Ehe oder Lebensversicherung eine positive Wassermann-Reaktion gefunden wird (latente Syphilis ignorée).

Da die Stärke der Wassermannschen Reaktion bekanntlich von einer vorausgehenden Behandlung influiert wird, wird eine jede Statistik über die Verhältnisse der Reaktion bei tertiärer Syphilis den Mangel aufweisen, daß die Behandlung der letzten sekundären Ausbrüche, die vielleicht wenige Monate im voraus vorhanden waren, die Stärke der Reaktion beim tertiären Ausbruch beeinflussen kann, so daß man nicht das richtige Resultat erhält. Deswegen eignet sich die Syphilis ignorée besonders zum Studium der Reaktionsstärke bei den späten Ausbrüchen, da die Patienten in diesen Fällen überhaupt nie behandelt worden sind. Die Syphilis ignorée ist indessen keine ganz gewöhnliche Erkrankung. Fournier gibt z. B. an, bei etwa 4200 Patienten mit tertiärer Syphilis nur 191 Fälle von Syphilis ignorée gesehen zu haben. Bei Durchsicht von etwa 75000 Wassermann-Reaktionen, die der Verfasser selbst auf Statens Seruminstitut angestellt hat, ist es gelungen, 328 Fälle von Syphilis ignorée zu sammeln; die große Mehrzahl der Patienten, die von Rudolph-Berghs-Hospital, Frederiksberg-Hospital, St. Hans-Hospital und Privatpraxis stammen, hat der Verfasser selbst Gelegenheit gehabt zu untersuchen, oder in betreff der Nervenpatienten mit Hilfe von Priv.-Doz. Dr. Neve. Der Rest, der mir freundlichst vom Chefarzt Dr. Ludwig Nielsen überlassen wurde, stammt teils von dessen Privatpraxis, teils von der Poliklinik in Kopenhagen [1]).

Das Resultat der Untersuchungen bei den verschiedenen Formen von Syphilis ignorée geht aus nachstehenden Tabellen hervor.

Kutane Syphilis, 53 Fälle (46 + WR und 7 ÷ WR).

Kleinste reagierende Dosis in Kubikzentimeter	Anzahl der Fälle
0,2	10
0,1	5
0.05	22
0,025	5
0.01	3
0,005	1

Knochensyphilis, 24 Fälle (24 + WR).

Kleinste reagierende Dosis in Kubikzentimeter	Anzahl der Fälle
0,2	0
0,1	3
0.05	4
0.025	0
0.01	4
0.005	6
0.0025	5
0.001	1
0.0005	1

[1]) In klinischer Beziehung ist unter anderem von Interesse, daß zwei Patienten mit Syphilis ignorée Ärzte waren. 28 Patienten mit parenchymatöser Keratitis hatten kongenitale Syphilis, dasselbe galt wenigstens drei Patienten mit Knochensyphilis und einem mit zerebraler Syphilis. Möglicherweise handelt es sich in einigen der anderen Fälle von Syphilis ignorée auch um eine angeborene Syphilis.

Digitized by Google

Schleimhautsyphilis, 8 Fälle (7 + WR und 1 ÷ WR).

Kleinste reagierende Dosis in Kubikzentimeter	Anzahl der Fälle
0,2	1
0,1	0
0,05	3
0,025	1
0,01	1
0,025	1

Aortaerkrankungen, 6 Fälle (6 + WR).

Kleinste reagierende Dosis in Kubikzentimeter	Anzahl der Fälle
0,2	1
0,1	2
0,05	2
0,025	1

Hepatitis syphilitica, 1 Fall (1 + WR).

Kleinste reagierende Dosis in Kubikzentimeter	Anzahl der Fälle
0,2	0
0,1	0
0,05	0
0,025	0
0,01	0
0,005	1

Nephritis syphilitica, 2 Fälle (2 + WR).

Kleinste reagierende Dosis in Kubikzentimeter	Anzahl der Fälle
0,2	1
0,1	0
0,05	0
0,025	1

Tabes dorsalis, 17 Fälle (16 + WR und 1 ÷ WR).

Kleinste reagierende Dosis in Kubikzentimeter	Anzahl der Fälle
0,2	4
0,1	3
0,05	2
0,025	3
0,01	4

Dementia paralytica, 131 Fälle (131 + WR).

Kleinste reagierende Dosis in Kubikzentimeter	Anzahl der Fälle
0,2	19
0.1	46
0,05	47
0,025	15
0,01	3
0,005	1

Syphilis cerebri, 6 Fälle (6 + WR).

Kleinste reagierende Dosis in Kubikzentimeter	Anzahl der Fälle
0.2	2
0.1	0
0,05	3
0,025	1

Syphilis secondaire tardive, 6 Fälle (6 + WR).

Kleinste reagierende Dosis in Kubikzentimeter	Anzahl der Fälle
0,2	3
0,1	0
0.05	3

Digitized by Google

Latente Syphilis ignorée, 46 Fälle (45 + WR und 1 ÷ WR).

Kleinste reagierende Dosis in Kubikzentimeter	Anzahl der Fälle
0.2	9
0.1	16
0,05	11
0,025	8
0,01	1

Parenchymatöse Keratitis, 28 Fälle (28 + WR).

Kleinste reagierende Dosis in Kubikzentimeter	Anzahl der Fälle
0,2	1
0.1	5
0,05	8
0.025	10
0,01	3
0.005	1

Resümierende Tabelle (318 + WR und 10 ÷ WR).

0,2	51
0.1	80
0,05	105
0.025	46
0,01	19
0,005	11
0,0025	5
0,001	1
0,0005	1

Die Betrachtung dieser Tabellen zeigen verschiedene interessante Momente. Zuerst sieht man, daß nicht weniger als 10 (also über 3%) von sämtlichen 328 Patienten, keine Wassermann-Reaktion gaben, trotzdem sie nie der geringsten Behandlung unterworfen waren, und trotzdem 9 derselben Symptome von aktiver Syphilis darboten.

10 Pat. mit ÷ WR { 7 kutane Syphilis, 1 Schleimhautsyphilis, 1 Tabes, 1 latente Syphilis ignorée.

Sieben dieser Patienten hatten kleine regionäre Ausbrüche von kutaner Syphilis (gruppierte, teilweise ulzerierte Knötchen in der Haut), einer hatte gruppierte Knötchen auf der Zunge und einer litt vier Jahre lang an einer progredierenden Tabes; diese neun Patienten hatten also alle Symptome von aktiver Syphilis. Die Diagnose muß, nach dem klinischen Aussehen und der schnellen Besserung während der spezifischen Behandlung, für sicher angesehen werden; vier Patienten hatten positive Luetinreaktion, und bei zweien wurde die Wassermann-Reaktion während der Behandlung reaktiviert (sie betrug beziehungsweise 0 20 100 und 0 60 100 [1]). Der Patient mit der latenten Syphilis und der negativen Wassermann-Reaktion ist in klinischer Beziehung besonders interessant; es handelte sich um ein zweijähriges kleines Mädchen, dessen Mutter während der Schwangerschaft an Syphilis gelitten hatte; ein Zwillingsbruder bekam kurz nach der Geburt einen Ausbruch von Syphilis und starke positive Wassermann-Reaktion. Die Zwillingsschwester hatte da-

[1]) Vgl. Boas, Die Wassermannsche Reaktion. S. Karger, Berlin 1914, 2. Auflage.

Digitized by Google

gegen beständig negative Wassermann-Reaktion und wies keine klinischen Symptome auf; dagegen hatte sie starke positive Luetinreaktion (zweimal vorgenommen; das Kind war nie mit Jod behandelt worden); es hatte also ohne Zweifel Syphilis.

Es zeigt sich also auch bei Syphilis ignorée, daß kleinere lokalisierte Manifestationen gelegentlich negative Wassermann-Reaktion geben, ein Verhältnis, daß für Syphilis im allgemeinen zuerst von Bering[1]) hervorgehoben und später von Bruck[2]), Reyn[3]), Boas[4]), Fönss[5]), Rudolph Müller[6]) usw. bekräftigt wurde. Wenn die Diagnose klinisch sicher ist, hat eine negative Wassermann-Reaktion, also auch bei Syphilis ignorée, keinen entscheidenden Wert; in Fällen wo die Diagnose unsicher ist, hat eine negative Wassermann-Reaktion selbstverständlich einen bedeutenden relativen diagnostischen Wert, da sie mit ziemlich großer Gewißheit (in meinem Material fehlte die Reaktion nur zehnmal bei 328 Fällen) gegen die Diagnose Syphilis ignorée spricht.

Wenn man die große Mehrzahl, die 318 positiv reagierenden Fälle untersucht, sieht man, daß die Stärke der Reaktion alles übertrifft, was man sonst bei Syphilis zu finden pflegt, vgl. Tabelle S. 584. Bei Untersuchung von 4112 Syphilisfällen im allgemeinen fand Verfasser[7]) die stärkste Reaktion mit 0,005 ccm Serum; die vom Verfasser ferner angeführten vier Fälle, von welchen drei noch mit 0,0025 ccm und einer mit 0,001 ccm reagierten, hatten gerade Syphilis ignorée. In gegenwärtiger Untersuchungsreihe wird ein Patient gefunden, der noch mit 0,0005 ccm positiv reagiert. Der größte Teil der besonders starken Reaktionen (von 0,005—0,0005 ccm) wird bei schweren ossösen Manifestationen gefunden. Ein Vergleich zwischen den verschiedenen Ausbruchsformen zeigt folgende Verhältnisse.

Kutane Syphilis. Patienten mit kutanen Manifestationen reagierten verhältnismäßig schwach, indem nicht weniger als 7 von 53 (= 13%) negative Reaktion gaben. Wie angeführt, handelt es sich in den negativen Fällen um kleine lokalisierte Ausbrüche. Nur 8 von 44 positiven Reaktionen konnten weiter als bis 0,05 ccm austitriert werden.

Knochensyphilis. Die Knochensyphilis reagierte durchwegs ziemlich stark, stärker als irgend eine andere Form von Syphilis. Alle 24 Fälle reagierten positiv, am schwächsten mit 0,1 ccm, am stärksten mit 0,0005 ccm(!); zudem fand man die Mehrzahl der Reaktionen (13 von 24) noch mit so kleinen Dosen wie zwischen 0,005 und 0,0005 ccm. Dies Verhältnis, daß tertiäre unbehandelte Knochensyphilis so starke Reaktionen geben, ist nicht früher hervorgehoben worden.

Dementia paralytica. 131 Fälle, die ich mit Neve zusammen untersuchte, reagierten alle positiv. Die Reaktion war mittelstark, indem 93 von den 131 positiven Reaktionen 0,1 und 0,05 ccm als niedrigst reagierende Dosis hatten. Wenn sämtliche Patienten positiv reagierten, hängt dies wie früher angeführt vermutlich damit zusammen, daß De-

[1]) Arch. f. Derm. u. Syph., 1909, Bd. 98. — [2]) Die Serodiagnose der Syphilis. Berlin 1909. — [3]) Hospitalstidende, 1911, Nr. 28. — [4]) Die Wassermannsche Reaktion. Berlin 1914, 2. Auflage. — [5]) Ugeskrift for Læger, 1916, Nr. 45. — [6]) Die Serodiagnostik der Syphilis. Berlin, Wien 1913. — [7]) Boas, l. c.

Digitized by Google

mentia paralytica eine progredierende Krankheit ist, die im Laufe weniger Jahre zum Tode führen.

Tabes dorsalis. Von 17 Fällen reagierte einer negativ, obgleich es sich ohne Zweifel um einen progredierenden Fall handelte. Die 16 reagierenden Fälle gaben sowohl starke wie schwache Reaktionen, ohne daß es deshalb möglich ist eine bestimmte Regel aufzustellen.

Syphilis cerebri. Die sechs Fälle von Syphilis cerebri gaben alle Reaktion von variierender Stärke. Der Verfasser muß hier die Gelegenheit benutzen, gegenüber der üblichen Auffassung, daß die Hirnsyphilis sehr oft negative Wassermann-Reaktion gibt, stark hervorzuheben, daß fast alle frischen unbehandelten Fälle eine positive Wassermann-Reaktion geben; wenn man so relativ oft Patienten mit Symptomen von Syphilis cerebri mit negativer Reaktion trifft, kommt dies daher, daß die Patienten nicht länger eine aktive Erkrankung haben, indem der ursprüngliche frische Prozeß längst mit Defekt ausgeheilt ist. Da in solchen Fällen keine aktive Erkrankung mehr zu finden ist, ist das Vorkommen einer negativen Wassermann-Reaktion leicht verständlich.

Parenchymatöse Keratitis. 28 Fälle von parenchymatöser Keratitis bei größeren Kindern und Erwachsenen reagierten alle positiv. Die Reaktion war kräftig, da 18 von den 27 Reaktionen eine Stärke von 0.05 und 0,025 ccm erreichten.

Latente Syphilis ignorée. Von 46 Patienten reagierten 45 positiv, einer negativ. Die 45 positiv reagierenden waren teils Mütter von syphilitischen Kindern, teils Patienten mit Leukoderma. Die Reaktion war mittelstark, indem der größte Teil zu 0,1 und 0,05 ccm austitriert werden konnte. Bei latenter Syphilis bei früher behandelten Patienten war die Reaktionsstärke durchschnittlich schwächer [1]).

In betreff der übrigen Krankheitsgruppen sind die Zahlen zu klein, um bestimmte Schlüsse zuzulassen; man bemerkt jedoch die sehr starke Reaktion bei der syphilitischen Hepatitis, indem das Serum hier zu 0.005 ccm [2]) austitriert werden konnte.

Zusammenfassung.

Bei Untersuchung von 328 Fällen von Syphilis ignorée fand man bei sieben Patienten exzeptionell kräftige Reaktionen; bei Paralleluntersuchungen von 4112 Syphilisfällen im allgemeinen kam nichts entsprechendes vor. Diese außergewöhnlich kräftigen Ausfälle wurden bei Patienten mit ossöser Syphilis gefunden, welche Erkrankung im ganzen starke Reaktionen gab.

Von 328 Patienten mit Syphilis ignorée gaben zehn negative Reaktion; acht dieser zehn hatten kleine lokalisierte Manifestationen auf der Haut oder den Schleimhäuten, einer hatte einen progredierenden Tabes und einer eine latente kongenitale Syphilis ohne aktive Symptome. Der größte Teil der negativen Fälle fällt auf kutane Syphilis, die im ganzen verhältnismäßig schwach reagierte.

---

[1]) Boas, l. c., S. 103. — [2]) Drei andere vom Verfasser untersuchte früher behandelte Patienten mit syphilitischer Hepatitis gaben mit 0,01 (2 Fälle) und 0,005 (1 Fall) Reaktion.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. Lepra.

Ungelöste Probleme der Lepra-Forschung, von RUDOLF KRAUS. (W. kl. W., 1918, Nr. 40.) Der Artikel beschäftigt sich mit folgenden noch ungelösten Problemen: Kultivierbarkeit, Übertragbarkeit der Lepra auf Tiere, dem Mechanismus der Übertragbarkeit von Mensch zu Mensch, mit der biologischen Diagnostik, der ätiologischen Prophylaxe und der spezifischen Behandlung. H. Vörner-Leipzig.

Zur Frage der diagnostischen Serumreaktion bei Lepra, von ALFRED SORDELLI und HERMAN FISCHER-Buenos Aires. (W. kl. W., 1918, Nr. 40.) Ein positiver Ausfall der Wassermannschen Reaktion und der Gerinnungsreaktion nach KLINGER-HIRSCHFELD bei negativen Komplementablenkungsversuchen weist auf Lues hin, während positive Wassermannsche Reaktion bei negativer Gerinnungsreaktion und positiven Tuberkulinversuchen auf Lepra schließen läßt. Zeigt ein Serum bei allen drei Reaktionen einen positiven Ausfall, so scheinen beide Krankheiten vorhanden. H. Vörner-Leipzig.

Immunitätstherapie der Lepra in Mexiko, von J. G. URUEÑA. (Gaceta m. de Mexiko, 1915, Nr. 5—7.) Verfasser hat sechs Fälle zum Teil durch mehrere Monate hindurch mit der Rostschen Lepra-Vakzine behandelt ohne den geringsten Erfolg.
M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Vorläufige Mitteilung über die intravenöse Anwendung des Natriumgynokardats bei der Lepra, von LEONARD ROGERS-Kalkutta. (Brit. m. J., 21. Okt. 1916.) Der Verfasser spricht sich in folgender Weise über seine Technik aus: Eine 2 oder 3%ige Lösung von gynokardsaurem Natrium wird, sei es mit destilliertem Wasser oder mit physiologischer Kochsalzlösung hergestellt. Dann wird dieselbe sterilisiert und Karbols. $^1/_2$% zugesetzt. Die Lösung muß vollständig klar sein. Niederschläge müssen sorgfältig abfiltriert werden. Die zu verabreichende Dosis des Natriumgynokardats beträgt $^1/_{10}$ Gran, steigend um jedesmal $^1/_{10}$ Gran bis zu $^4/_5$ Gran. Die Behandlung dauert auch mit der intravenösen Methode viele Monate. Der Verfasser sah immer eine lokale Reaktion der kranken Herde auf die Injektionen folgen, welche zu teilweiser Zerstörung der Leprabazillen führte. Ob eine definitive Heilung der Lepra zu erreichen ist, wagt R. nicht zu entscheiden. A. Gunsett-Straßburg.

Ein Fall von Lepra in Connecticut, von JOHN E. LANE-New Haven. (New York m. J., 23. Dez. 1916.) Lepra scheint in diesem Teile der Vereinigten Staaten sehr selten zu sein, da neben dem hier veröffentlichten nur noch ein zweiter bis jetzt bekannt wurde. Es handelte sich um einen 20jährigen Mann, der den bekannten Typus der knotigen Lepra zeigte: Knoten, schmutzig-braungraue Pigmentierung, Herde von Anästhesie, Analgesie, Hyperästhesie, allgemeine Drüsenschwellung und Verdickung einiger Nervenstämme. Die Wassermannsche Reaktion war, wie gewöhnlich in diesen Fällen, ausgesprochen positiv; Leprabazillen wurden sowohl aus dem Nasensekret wie in einem exzidierten Knoten reichlich demonstriert. Das Hauptinteresse dieses Falles liegt für LANE darin, daß Leprapatienten jahrelang umhergehen, ohne als solche erkannt zu werden, da die Mehrzahl der Ärzte niemals einen Fall von Lepra gesehen haben und ihn natürlich auch selten vermuten. Der Mann, um den es sich hier handelt, geborener Grieche, hat sich seit 1912 in den Vereinigten Staaten aufgehalten, und zwar in verschiedenen Orten von New York, Pennsylvania, West-Virginia und zuletzt von Connecticut. M. Stern-München.

b. Tuberkulose.

Bericht über die Sitzung des Lupus-Ausschusses des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose am 23. V. 1917. (Tuberculosis, 1917, Bd. 16, Nr. 7.) STRAUSS-Barmen und WICHMANN-Hamburg berichten über die Erfolge der Chemotherapie bei Lupus. Ersterer hat gute Erfolge mit Kupfer, namentlich in seiner Lezithinverbindung, dem Lekutyl gesehen, besonders wenn die Behandlung mit Quarzlichtbestrahlung kombiniert wird. Intravenös gegebene Kupferpräparate hatten geringen Erfolg. WICHMANN bestätigt das letztere, äußerlich angewendet sei Kupfer ein gutes Ätzmittel, aber seine spezifische Affinität zu den Tuberkelbazillen und zu tuberkulösem Gewebe sei damit noch nicht erwiesen. Aurumkalziumzyanat habe nicht besonders ge-

Digitized by Google

wirkt, ebenso Kantharidinverbindungen und das Natriumsalz einer Amidoaurophenolkarbonsäure. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Eine Analyse der Immunität bei chirurgischer Tuberkulose und der Einfluß nicht spezifischer physikalischer Maßnahmen auf den Immunitätszustand, von Müller. (Beitr. z. Klin. d. Tbk., Bd. 34, H. 2.) An der Hand zahlreicher Untersuchungen, vor allem bei chirurgischer Tuberkulose, ist M. zur Überzeugung gelangt, daß nur eine genaue Analyse des Immunitätszustandes allein über den Wert verschiedener Heilmethoden Aufschluß geben kann. Als beste Methode zur Messung des Immunitätsgrades vor und nach der Einwirkung von Heilmitteln fand M. die Intrakutanreaktion mit Tuberkulosepartialantigenen. Diese Reaktion ermöglicht die Entscheidung, welche Heilmittel einen günstigen Einfluß auf die Immunität haben. Die Versuche von M. haben auch gezeigt, daß unspezifische Immunitätsmittel, wie z. B. chirurgische Maßnahmen, besonders aber das Licht, imstande sind, die spezifischen Teilabwehrkräfte zu vermehren. E. Brinitzer-Altona.

Über die Anwendung des Kohlenbogen-Lichtbades bei primärer und sekundärer Tuberkulose der Haut und Schleimhaut, von Ludwig Spitzer-Wien. (M. m. W., 1916, Nr. 44.) Die Einrichtung ist einfach und auf jeder Hautstation zu beschaffen. Sie besteht in Wien in einer 80 amperigen Bogenlampe, die mit 60 Volt Spannung brennt. Die Patienten sitzen 80 cm vom Lichtbogen entfernt. Die Sitzungen beginnen mit 15 Minuten und werden rasch auf eine Stunde gesteigert. 50—100 Lichtbäder sind erforderlich. Dunkle Brille. Es wurden geschlossene nicht ulzeröse Formen mit gutem Erfolg behandelt. Ganz besonders günstige Resultate ergaben die torpiden ulzerösen Formen und die tuberkulös erkrankten Schleimhäute. Für Gelenkerkrankungen ist die künstliche Höhensonne vorzuziehen. A. Witte-Bremen.

Zur Kupferbehandlung der äußeren Tuberkulose, von Artur Strauss-Barmen. (Klin. ther. Wschr., 1917, Nr. 31/32.) An der Hand zahlreicher Krankengeschichten kommt der Verfasser zu dem Schluß, daß die innere Kupferbehandlung allein nicht genügt, die örtliche ist eine spezifische. Die Tiefenwirkung des Kupfers wird durch die örtliche Lichtbehandlung erheblich gesteigert. Sie gestattet die Behandlung großer Flächen und führt zu schöner, glatter Narbenbildung. W. Chrzelitzer-Posen.

Über die Heilwirkung spontaner Antikörperbildung in der Haut auf äußere und innere Tuberkulose, von P. Wichmann. (B. kl. W., 1917, Nr. 23.) Verfasser berichtet über einen jahrelang bestehenden und von ihm seit über 12 Jahre beobachteten Fall progredienter aszendierender Lungentuberkulose, bei dem eine endogene Infektion der Haut mit Tuberkelbazillen erfolgte. Die Veranlassung hierzu war eine wegen hochgradiger Stimmbänderschwellung und Erstickungsanfällen vorgenommene Tracheotomie, um deren Wunde herum konzentrisch sich in der Haut ein wallartig fortschreitender serpiginöser Lupus ausbreitete, dessen zentrale Partien spontan abheilten. Von diesem Zeitpunkt an hat aber auch Hand in Hand mit der zunehmenden Abheilung der Hauttuberkulose eine sehr wesentliche Besserung der Tuberkulose der Lungen und des Kehlkopfes eingesetzt. Verfasser führt diese Heilwirkung auf die durch Selbstimpfung mit lebenden Tuberkelbazillen eigenen Stammes in der Haut der Kranken hervorgerufene Antikörperproduktion zurück. E. Klemm-Leipzig.

Untersuchungen über die Abderhaldensche Reaktion bei Tuberkulose, von Luduvico Datto. (Riforma m., 1916, Nr. 8.) Verfasser untersuchte die Seren von 33 teils gesunden, teils tuberkulösen Individuen auf den Abbau sowohl von menschlichen Tuberkulosebazillen, als von denen der Rinder- und Vogeltuberkulose. Von 14 nicht tuberkulösen Seren gaben vier eine + Reaktion mit allen drei Bazillenstämmen. Von 15 Fällen von Lungentuberkulose reagierten 12 +, 3 —. Drei Fälle von Knochentuberkulose reagierten —. Die Reaktion mit menschlichen und Rindertuberkulosebazillen war stets die gleiche, einige wenige Fälle wichen ab in der Reaktion mit Vogeltuberkulosebazillen. Ein Leprafall reagierte + mit allen drei Bazillen. Aus diesen Tatsachen folgert Verfasser, daß die Abwehrfermente nicht spezifisch für den einzelnen Bazillenstamm sind. Weitere 33 Seren wurden auf den Abbau von gesundem und tuberkulösem Lungengewebe untersucht. Von 15 nicht tuberkulösen Fällen reagierten 5 + mit beiden Sorten Lungengewebe. Drei Fälle von Knochentuberkulose bauten Lunge nicht ab. Von 15 Fällen Lungentuberkulose bauten acht sowohl gesunde als kranke Lunge ab, drei zeigten gar keinen Abbau, und vier bauten entweder kranke oder gesunde Lunge ab. Verfasser berührt kurz die Fragen nach der Spezifizität der Fermente in Hinsicht 1. der Tierart, von denen die Organe stammen, 2. der Organe. Für die Tierart sind sie nicht spezifisch, denn er fand, daß die Seren sogar meist stärker

Digitized by Google

mit Rinder- als mit Menschenlunge reagierten. Für die Organe sind sie nicht spezifisch, denn einige der untersuchten Seren bauten auch andere Organe außer Lunge ab.
M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Fokalreaktion nach Tuberkulineinspritzung bei Lupus vulgaris, von AAGE L. FÖNSS. (Ugeskrift f Läger, 1917, Nr. 24.) Von 56 Reagierenden haben 52 auf Dosen bis 5 mg inklusiv reagiert. Bei neun Fällen ist es nicht geglückt, eine zweifellose Reaktion zu erhalten, trotzdem in sechs Fällen Dosen von 5—10 mg angewandt wurden. Bei vier Fällen keine Reaktion, trotzdem bei zwei von ihnen bis 1 cg, bei zwei bis 2 cg gestiegen wurde. Weiter heben sie hervor: daß bei polyregionärem Lupus nicht erwartet werden darf, daß sämtliche Lokalisationen auf dieselbe Dosis reagieren; dies ist bei 23 Fällen nur fünfmal eingetroffen. In 15 Fällen reagierte eine von zwei Lokalisationen nicht; und in drei Fällen reagierten die verschiedenen Lokalisationen gegenüber verschiedenen Dosen . . . daß man recht häufig selbst bei sehr hoher Dosierung Phänomene erhält, gegenüber welchen man unsicher ist, ob es sich um eine sichere Reaktion dreht (neun Fälle von 69) . . . daß man selbst bei höherer Dosierung nicht ganz selten überhaupt keine Reaktion erhält. W. Holland-Kristiania.

Die kutane Tuberkulinbehandlung nach PONNDORF, von WICHMANN. (D. m. W., 1917, Nr. 42.) Nach W. stellt die PONNDORFsche Methode einen Fortschritt in der Tuberkulinbehandlung dar. Man erzielt mit derselben infolge der wertvollen Antikörperproduktion der Haut wesentlich bessere Resultate als mit den üblichen Injektionsmethoden. Ein weiterer Vorteil dieser Methode besteht darin, daß die Toxinwirkung des Tuberkulins eine wesentlich geringere ist. Ein allgemeines Heilmittel der Tuberkulose ist aber auch diese Methode nicht. E. Brinitzer-Altona.

Über die diagnostische Verwertbarkeit der bei wiederholten kutanen Tuberkulinproben auftretenden Sensibilisierung, von G. LINDBERG. (Hygiea, Bd. 78, H. 20.) Im Anschluß an die Arbeiten von BESSAU-SCHWENKE, PRINGSHEIM und FREHN wurde die Tuberkulinsensibilisierung bei wiederholten PIRQUET-Reaktionen geprüft. Es wurden je zwei Impfungen in wöchentlichen Zwischenräumen gemacht und die Größe der Reaktionen nach 24 Stunden und 1 Woche gemessen. Die Summe dieser zwei Messungen der zwei ersten Impfungen wurde dann mit derjenigen der zwei späteren Impfungen verglichen. In dieser Weise wurden zuerst 129 Kinder (Krankenhausmaterial) im Alter von 2—12 Jahren untersucht. Von diesen zeigten 75 oder 58,1% positive PIRQUETsche Reaktion. Unter ihnen waren 36 Kinder mit klinisch festgestellter aktiver Tuberkulose (Gruppe 1), bei 16 war ein aktiver Fortschritt wahrscheinlich (Gruppe 2), und 23 zeigten keine auf Tuberkulose verdächtigen Symptome (Gruppe 3). Die zweite PIRQUETsche Reaktion war größer (positive Sensibilisierung) in Gruppe 1 bei 5,3%, in Gruppe 2 bei 28,5% und in Gruppe 3 bei 78,3% und kleiner als die erste bei bzw. 89,4, 71,5 und 8,7%. Weiter wurden 20 an chirurgischer Tuberkulose leidende Kinder untersucht, welche in 15% positive und in 82% negative Sensibilisierung zeigten. 15 klinisch gesunde Kinder (3—14 Jahre alt) zeigten in 60% positive PIRQUET-Reaktion, und in 78% positive und in 22% negative Sensibilisierung. — 15 gesunde Erwachsene (Ammen im Alter von 18—31 Jahren) zeigten in 100% positive Sensibilisierung. Die Untersuchung hat somit die Befunde der obengenannten Verfasser durchaus bestätigt. Auffallend ist, daß in den Fällen aktiver Tuberkulose gewöhnlich nicht nur keine, sondern eine negative Sensibilisierung gefunden wurde. Sehr oft wurde die zweite Reaktion schwächer, ohne daß der Allgemeinzustand schlecht oder der Fortschritt sehr ausgebreitet war. Die bisher allgemein angenommene üble prognostische Bedeutung der Abschwächung der PIRQUETschen Reaktion bei Wiederholung besteht demnach nicht zu Recht. Die spezielle Art, in der die Messung der Größe der Reaktionen vorgenommen wurde (Summe aus der Größe nach 14 Stunden und 1 Woche), kann vielleicht teilweise den häufigen Befund einer Abschwächung der PIRQUETschen Reaktion bei Wiederholung erklären, eine solche wurde aber in vielen Fällen, auch wenn man nur die Werte nach 24 Stunden berücksichtigt, gefunden. W. Holland-Kristiania.

Zur Klinik und Therapie der Schleimhauttuberkulose, von LUDWIG SPITZER-Wien. (Österr.-ungar. Vrtljschr. f. Zahnhlk., 1916, Juli—Oktober.) Die Tuberkulose der Mundschleimhaut zeigt im allgemeinen zwei klinisch ganz ungleiche Formen: 1. Eine klinisch gutartigere Form, die sich als knötchenförmige Erkrankung mit mehr oder weniger mächtiger Granulationsbildung darstellt. Sie lokalisiert sich zumeist am harten Gaumen, beginnt hinter den oberen Schneidezähnen und schreitet in chronischer Weise nach hinten fort. Die Granulationen zeigen blaurote Farbe, geringe Tendenz zu geschwürigem Zerfall und charakterisieren sich geradezu durch vollständige Schmerzlosig-

Digitized by Google

keit. Kranke, deren ganzer Gaumen von dichtgedrängten Knötchen übersät ist, sind in keiner Weise in der Nahrungsaufnahme behindert. Salivation ist in diesen Fällen nicht vorhanden, die Temperatur normal. Es ist wahrscheinlich, daß diese Infektion durch Transport vom Nasenboden aus den Gaumen erreicht. 2. Die viel malignere ulzeröse Form, die unter allen Zeichen der akuten Infektion auftritt. Sie ist an keine Lokalisation gebunden, tritt ebenso an der Schleimhautseite der Lippen auf als an der Ober- und Unterseite der Zunge, an der Schleimhaut der Wangen. Die befallenen Stellen zeigen lebhafte entzündliche Röte, Ödem. Die Salivation tritt stark in den Vordergrund, die Schmerzhaftigkeit ist exorbitant, die Sprache der Kranken ist aufs empfindlichste behindert, Nahrungsaufnahme ganz unmöglich. Das Allgemeinbefinden ist schwer gestört. Das regelmäßige Vorhandensein von Tuberkulose der Lungen läßt kaum Zweifel übrig, daß diese Form der Erkrankung durch das den Mund passierende Sputum erzeugt ist. Rascher Zerfall zu tiefgreifenden Geschwüren charakterisiert diese Form der Mundschleimhauttuberkulose. Die Temperaturen sind erhöht, die Kranken zeigen durchweg schlechtes Aussehen und schwere Anämie. Schilderung des Instrumentariums an der Wiener Lupusheilstätte zur Finsen- und Radiumbehandlung der chronischen Form. Die Lackträger nach Dautwitz haben sich nicht bewährt, daher nimmt Spitzer Neusilberträger. Für die Therapie der akuten Form von Schleimhauttuberkulose scheint ein wesentlicher Fortschritt erzielt in der Einführung der direkten Bestrahlung mit dem Kohlenbogenlicht nach Axel Reyn. In allen bestrahlten Fällen ist es nach kurzer Zeit (in zirka 20 bis 30 Belichtungen) gelungen, wesentliche Besserungen mit Verschwinden der Salivation und Reinigung der Ulzeration, Rückbildung des Ödems, in einem Falle auch vollkommen restlose Abheilung zu erzielen. Ebenso schöne Rückbildung zeigen aber die chronisch-infiltrativen Formen am harten Gaumen. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Die Disposition der Nebennieren zur Tuberkulose, von D. von Hansemann. (Zschr. f. Tbk., 1917, Bd. 27, H. 1–4.) Für die Ansiedlung von Tuberkelbazillen in einem Organ ist meist eine primäre Schädigung desselben erforderlich. Diese kann in den Nebennieren unter anderem durch eine entzündliche Atrophie bedingt sein. Dieselbe betrifft fast ausschließlich die Rindensubstanz. Diese ist dann vollständig geschwunden und an ihrer Stelle findet sich nur eine schmale Zone eines von Randzellen durchsetzten, feinen netzförmigen Gewebes. Die Marksubstanz kann dabei ganz oder vorzugsweise intakt sein. Makroskopisch erscheinen die Nebennieren klein, außerordentlich dünn und vollständig frei von Fett. Auch mikroskopisch lassen sich nur vereinzelte Fetttröpfchen wahrnehmen. Dieser Mangel an Fett ist es, der die Nebennieren zur Aufnahme und Ansiedlung von Tuberkelbazillen befähigt. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Neuere Anschauungen auf dem Gebiete des Lupus, von Wilhelm Müller-Sternberg (Mähren). (Beitr. z. Klin. d. Tbk., 1916, Bd. 36.) Die Heilstätte für Lupuskranke in Wien hat die spezifische Tuberkulosebehandlung und Immundiagnostik mit Partialantigenen nach Deycke und Much in die Reihe ihrer therapeutischen Maßnahmen mit aufgenommen. Müller berichtet in einem technischen Teil über das Instrumentarium für die Intrakutananalyse und für die Therapie und gibt im wissenschaftlichen Teil einen kurzen Abriß zum Verständnis des Wesens der Partialantigene und ihrer Wirkung auf den tuberkulösen Organismus im allgemeinen und auf den Lupus im besonderen. Nähere Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Wenn auch die Zeit Müller noch nicht erlaubt mit seinen Resultaten vor die Öffentlichkeit zu treten, so geben ihm doch deutliche Erfolge, die bei schweren und schwersten Formen des Lupus schon in wenigen Wochen erzielt wurden, die berechtigte Hoffnung auf ausgezeichnete therapeutische Resultate. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Verschiedenes.

Dr. Martin Krotoszyner, gewesener Chefarzt für Urologie am Deutschen Hospital in San Francisco und Vizepräsident der urologischen Sektion der American Medical Association, ist am 20. April im Alter von 56 Jahren von einem seiner Patienten erschossen worden.

Dr. William Lee Howard in Westborn, Mass., Verfasser verschiedener Werke über sexuelle Hygiene, ist gestorben. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

31. August 1918 | Nr. 35 | Band 67

Aus dem Res.-Laz. Speyer (Chefarzt: Oberstabsarzt Dr. Straub.)

Beitrag zu den strichförmigen und zoniformen Hauterkrankungen.

Von

Paul Unna, Stabsarzt d. R., leit. Arzt der Hautstation.

Mit 8 Abbildungen.

Die Frage nach der Ätiologie der strichförmigen Hauterkrankungen ist seit dem großzügigen Referat Blaschkos auf dem siebenten Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Breslau 1901 fast gar nicht gefördert worden. Auch in einer neueren Arbeit von L. Fischel und A. Blaschko (Archiv f. Derm. u. Syph., 1906) haben beide Autoren das widerspruchsvolle Thema wohl noch einmal beleuchtet, jedoch keinen Beweis für die eine oder andere der vielen Theorien gebracht. Weder die Nervenbahnen noch die Richtungslinien der Hautarchitektur (Oskar Simon), weder die Haarströme noch die Voigtschen Grenzlinien vermögen alle Fälle vollkommen zu erklären. In seinem Referat glaubte Blaschko noch einen direkten Einfluß des Zentralnervensystems auf die Bildung der Linien ablehnen und durch präformierte Linien der Haut selbst, die Dermatomerengrenzen (Pecirka, Blaschko, Brissaud) der metamer angelegten Haut, die Linienstruktur genügend erklären zu können. Aber nebenbei gibt er doch die Möglichkeit zu, daß bei gewissen Fällen der Einfluß des Zentralnervensystems eine Rolle gespielt hat. In den Schlußbetrachtungen heißt es u. a.: „Ich muß nun sagen, daß, wenn es sich in diesem Falle (Nagel) tatsächlich um einen Zoster, also um eine Erkrankung der Spinalganglien gehandelt hat, die Lehre von dem nervösen Ursprung der übrigen linearen Dermatosen eine ganz neue und sehr starke Stütze erhalten hätte. Aber ich glaube, wir werden so lange im Unsichern tappen, bis einmal ein Obduktionsbefund uns alles Räsonnierens und Hypothesenmachens enthebt, und die Beziehungen der lineären Dermatosen zum Nervensystem einwandfrei darlegt." Man gewinnt meines Erachtens aus diesen Sätzen den Eindruck, daß Blaschko im Grunde genommen auf dem Standpunkt eines nervösen Einflusses steht. Einen ähnlichen Standpunkt nimmt der Autor in der Diskussion zu dem Fall Fischel ein. (Verhandlungen der Berliner Derm. Gesellschaft vom 8. Mai 1906.) Er hält das Vorliegen einer zentralen Nervenaffektion nicht für unmöglich. In seiner Kritik des Falles Fischel hält es Blaschko, a. a. O., besonders wegen des eigentümlichen Auftretens und Fortschreitens der linearen Erkrankung für wahrscheinlich, daß eine präformierte Bahn existiert und, da eine solche in der Haut nicht vorkommt, daß ein Krankheitsprozeß sich in gewissen Nervenbahnen abgespielt hat, und

Digitized by Google

entsprechend dem fortschreitenden Krankheitsprozesse im Nervensystem auch die entsprechenden Hautpartien nacheinander ergriffen sind. Die peripheren Nerven, welche diese Linien versorgen, sollen im Zentralnervensystem irgendwo zu einer zentralen Einheit verbunden sein. Wenn man das Schlußresultat der letzten Arbeit Blaschkos mit dem wesentlichen Resultat seines kritischen Referats im Jahre 1901, der Aufstellung des Schemas der Nävuslinien, zusammenhält, so muß man meines Erachtens sagen, daß der Gegensatz der beiden Meinungen nicht zu überbrücken ist. Um sich einen klaren Begriff davon zu machen, wie die Verhältnisse eigentlich liegen, wird es gut sein, das Für und Wider in dieser Frage nach dem Blaschkoschen Referat zusammenzustellen.

A. Gegen eine Abhängigkeit der linearen Hauterkrankung vom Nervensystem sprechen nach Blaschko (Referat v. 1901, Art. v. 1907) folgende Punkte:

1. Bekannte Erkrankungen des Nervensystems, wie z. B. der Zoster, machen keine linearen, sondern gruppenförmige Läsionen. Ausnahme: Fall Max Nagel von Hopf (Dresden), bei welchem strichförmige Herde von Zosterbläschen, die teilweise unter Narbenbildung abheilen, beschrieben werden.

2. Die abweichenden Formen der Nävuslinien, wie z. B. der V-förmige Fortsatz im Rücken und die S-förmige Biegung an der Seite in den Axillarlinien (sehr schön sichtbar bei unserem Fall 2a u. b), schließlich Wirbelbildungen.

3. Lokalisation und Begrenzung der sensilben Nervenbezirke, wie sie aus der anatomischen Präparation, dem physiologischen Experiment und der klinischen Beobachtung gewonnen sind, stimmen oft nicht überein mit dem Verlauf und der Konfiguration der linearen Dermatosen; ihre Ähnlichkeit ist oft nur eine oberflächliche. So z. B. in dem Fischelschen Fall nach Blaschkos Ansicht (siehe Diskussion der Berliner Derm. Gesellschaft).

4. Die linearen Dermatosen verlaufen an den Extremitäten oft in den Differenzierungslinien (Voigtsche Linien, Axiallinien oder Medianlinien der Extremitäten). Der einheitlichen Linie auf der Haut kann keine Einheit im Zentralnervensystem entsprechen, da die meisten Linien weit auseinander liegenden Nervengebieten entsprechen.

5. Pathologisch-anatomische Befunde des Nervensystems bei bestehenden linearen Nävi würden zwar sehr für die Nerventheorie sprechen. Sie fehlen aber. Ausnahme: Fall Pott. Jedoch ist dieser nicht beweiskräftig, da die Nervenerkrankung auf der entgegengesetzten Seite war.

6. In den meisten Fällen von linearen Dermatosen fehlten alle Zeichen einer anderen nervösen Erkrankung (sensiblen, motorischen oder vasomotorischen Charakters). Ausnahme: die sogenannten pruriginösen Naevi lineares, ferner der neue Fall Fischel.

B. Für die nervöse Theorie sprechen folgende Gründe:

1. Trotz vieler Differenzen große Ähnlichkeit der Nävuslinien mit den Dermatomgrenzen.

2. Ungefähres Übereinstimmen der Zahl der Nävuslinien mit der Zahl der Zervikalsegmente.

3. Häufige Halbseitigkeit der linearen Affektionen.

Digitized by Google

4. Die häufige Übereinstimmung mit einem spinalen oder peripheren Nervenbezirk.

Im ersten Teil der genannten Abhandlung gelangt auch Fischel zu dem Schlusse, daß die Ursache in seinem Fall in einem Prozeß im Zentralnervensystem zu suchen sei. Die Halbseitigkeit der Hauterkrankung, die Prodromen, ähnlich wie bei einem Zoster, das spontane Kommen und Gehen, die Veränderung in sämtlichen Nervenplexus, die leichte Atrophie der befallenen Extremitäten sprechen für eine zentrale, trophische Ätiologie. Die Axiallinien sind für trophoneurotische Stricherkrankungen disponiert. Das eigentümliche schritt- oder etappenweise Auftreten der Hauterkrankung erklärt er sich entweder dadurch, daß von dem primären Hautherde das trophische Zentrum zentripetal gereizt, nunmehr zentrifugal die strichförmige Erkrankung hervorbringt, oder daß reflektorisch die sensiblen Fasern der Peripherie gereizt werden, wodurch die Hauterkrankung auftritt. Dadurch lassen sich auch die nervösen Prodromalerscheinungen erklären. So plausibel auch diese Darstellungen sind, eine wirklich durchgreifende Erklärung für alle Fälle geben sie uns doch nicht. Die meisten Symptome des Falles Fischel, z. B. das schrittweise Fortschreiten, lassen sich ganz gut auch auf andere Weise deuten; breitet sich doch jede akute Hautentzündung und jedes Erysipel auch so aus, daß die Entzündung gewissermaßen in der Haut weiterkriecht und die zuerst befallenen Herde zuerst abheilen, während die Affektion nach einer Seite fortschreitet. Immerhin trägt der sehr interessante Fall dazu bei, die Theorie eines Zusammenhanges der linearen Nävi mit Erkrankungen des Nervensystems zu stützen. Im Grunde genommen ist die Fischelsche Hypothese recht plausibel und stellt eine Art von Kombination der früher Blaschkoschen metameralen, lokalen, aneurotischen und der alten Bärensprungschen Nerventheorie dar, ein Kompromiß, der geeignet ist, viele Fälle zu erklären. Immerhin ist sie noch unbewiesen, und man kann die Aufforderung Blaschkos, „die klinischen Erscheinungsformen dieser ganzen Krankheitsgruppe eingehend zu studieren", was sich hauptsächlich auf den Nervenstatus bezieht, nur unterschreiben.

Von meinen Fällen sind Fall J. u. Ro. ausgeprägte und ausgedehnte verruköse Linearnävi, Fall Fi. ein Fall von linearem, teils lichenösem, teils verrukösem Nävus. — Fall Kr. ein Fall von weichem, fibromatösem Linearnävus bei einem Syphilitiker, Fall W. der einer linearen Psoriasis, Fall Bl. endlich ein eigentümlicher Fall, der in seiner Entstehungsweise und Morphologie viel an die Fälle von Arning und Schäffer, sowie an den Fall von Fischel erinnert, der auch durch seine eigentümliche Entstehung bemerkenswert ist.

Alle diese Fälle wurden von mir innerhalb dieses Krieges auf der Hautstation beobachtet, ein Zeichen, daß die Linearnävi doch keine so große Seltenheit zu sein scheinen, wie man wegen der spärlichen Literatur denken möchte.

Eigene Fälle.

Fall 1. Ro. (s. Fig. 1a u. b). Vorgeschichte: Familie o. B. Patient leidet seit dem siebenten Jahre an gegenwärtigem Hautausschlag, der zuerst an der linken Bauchseite mit dicken, warzenähnlichen Herden auftrat, dann sich langsam über die

Digitized by Google

linke Körperseite ausbreitete. Besonders in den letzten Monaten des Feldzuges soll der Ausschlag sich weiter ausgedehnt haben.

Befund: 162 cm großer, schwächlich gebauter Mann von mäßiger Muskulatur und gesunder Gesichtsfarbe. Innere Organe o. B. Urin ohne Eiweiß. An der Haut der linken Körperhälfte befindet sich ein Ausschlag, welcher aus einer Reihe von warzenähnlichen Muttermälern besteht, die in Form von Strichen, Linien, sowie von ganzen Bändern und Zonen angeordnet sind. Die Lokalisation ist Innenseite des linken Oberschenkels, Bauch, Brust, Schamgegend, Seitenteile des Gesäßes, Weichen, Rücken, Hinterseite des linken Ober- und Unterschenkels, Ober- und Unterarm. Die Erkrankung setzt sich zusammen aus einzelnen herdförmig stehenden, teilweise zu Linien oder zu ganzen Bändern konfluierenden warzigen Gebilden, die entweder der Hautoberfläche flach aufsitzen oder einen mehr oder weniger langen Stiel haben. Sie sind im allgemeinen von Linsen- bis Erbsengröße und besitzen eine schwarzgrüne, einzelne eine hautfarbene Färbung. Die ältesten und größten Warzen bestehen aus mehreren Warzenlappen (sekundäre Warzenbildung). So ist z. B. die linke Brustwarze im ganzen in eine große, aus verschiedenen Haupt- und Nebenlappen bestehende Warze verwandelt. Wo sie einzeln stehen, sind sie meist von weicher Konsistenz, dagegen wo sie zu großen Flächen und Bändern zusammenfließen, erzeugen sie das Gefühl von reibeisenartiger Härte. Die Haut zwischen den Mälern ist meist auch nicht ganz normal, sondern schmutzigbraun pigmentiert. Einer besonderen Beschreibung bedürfen die strich- und linienförmigen Mäler. Dieselben sitzen vor allem an Armen und Beinen. Vom Gesäß beginnend, ziehen sie sich in schwarzbraunen Fäden in ununterbrochener Reihe bis fast zur linken Fußwurzel. Am Gesäß befindet sich ein dreifaches, aus dicht nebeneinandersitzenden Warzen bestehendes Band. Dasselbe verschmälert sich in der Nähe der Gesäßfalte, indem die Linien sich zu einem dunkelbraunen Knoten zusammendrängen. In dieser Gegend zeigen sich besonders viele sekundäre, fleischfarbene Wärzchen, welche aus den älteren Warzen entspringen. Von der Gegend der Gesäßfurche ziehen, deutlich unterscheidbar, zwei etwas gekrümmte Linien von Warzen bis zur Kniekehle, wo sie mit einem dritten Zug von Wärzchen, der von der Innenseite des Oberschenkels kommt, sich zu einem dreiteiligen Band vereinigen. In der Kniekehle sind die Warzen zu größeren Flächen oder Scheiben gehäuft. Überall an solchen Stellen, wo sie in verstärktem Maße auftreten, sind sie nicht nur in der Fläche, sondern auch in der Höhe vergrößert. Von der Kniekehle aus zerstreut sich das Warzenband in Form von traubenförmigen, unregelmäßigen und unvollständigen Reihen hellbrauner Flecke, welche die Oberhaut kaum mehr überragen. Von der Ferse aus zieht längs des äußeren Fußrandes ein ebenfalls braungefärbter, horniger Hautstreifen. Oberhalb des äußeren linken Fußknöchels befindet sich ein unregelmäßiger, netzförmiger, brauner Flecken. Ferner befindet sich eine etwas stärker pigmentierte Stelle auf der Mitte des linken Fußrückens, welche sich strichförmig bis in die Zehenspitzen fortsetzt. Außer dem oben erwähnten Band, welches von der Innenseite des Oberschenkels zur Kniekehle verläuft, befindet sich an der Innenseite des Oberschenkels in der Gegend der Leistenbeuge eine kohlschwarze, aus dicht gedrängt stehenden Warzen bestehende Fläche, welche auf den Bauch übergreift und in der Gegend der Oberschenkelschamfalte die stärkste Wucherung, d. h. die größten Warzen am ganzen Körper aufweist. Der ausgedehnteste Herd am Körper befindet sich an der linken Brustseite, dem Verlauf der falschen Rippen entsprechend, wo die Warzen so dicht stehen, daß sie fast wie ein pechschwarzer halber Panzer die linke Thoraxhälfte bedecken. Die Konturen dieses Panzers sind unregelmäßig gebuchtet. Auf dem linken Schulterblatt und daneben an der linken Seite der Wirbelsäule sitzen ebenfalls zwei ausgedehnte kohlschwarze, unregelmäßig konturierte Warzenpakete. Ihnen gegenüber auf der anderen Seite der Wirbelsäule befindet sich das einzige auf der rechten Seite des Körpers gelegene Warzenfeld. Im Gebiet des linken großen Brustmuskels sitzt ferner ein großer Herd, der sich in Form einer breiten Linie über die vordere Achselfalte fortsetzt und sich bis zur Ellenbeuge erstreckt. An der linken Ellenbeuge erhält er einen Zuschuß von der inneren Seite des linken Armes, der aber schwächer angedeutet ist, wie die analogen Streifen an der Kniekehle. Eine weitere, nur angedeutete Linie strahlt von der Streckseite des linken Oberarmes bis zum Endglied des 3. und 4. Fingers aus. Sensibilitätsstörungen sind im ganzen Bereich der ausgedehnten Erkrankung nicht vorhanden. Berührungs-, Schmerz- und Wärmeempfindung ist normal. Daß Patient Schmerzen beim Umschnallen oder Tornistertragen angibt, erklärt sich aus der Intensität der Hautwucherungen. Nach den Untersuchungen der Nervenstation (Stabsarzt Dr. Siebert-Germersheim) waren befallen die

Digitized by Google

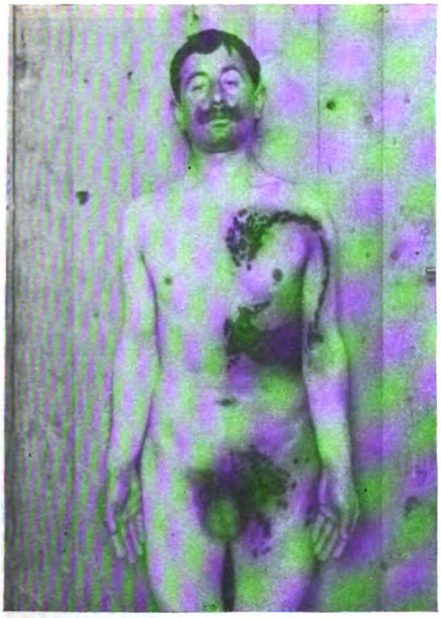


Fig. 1a.

Fig. 1b.

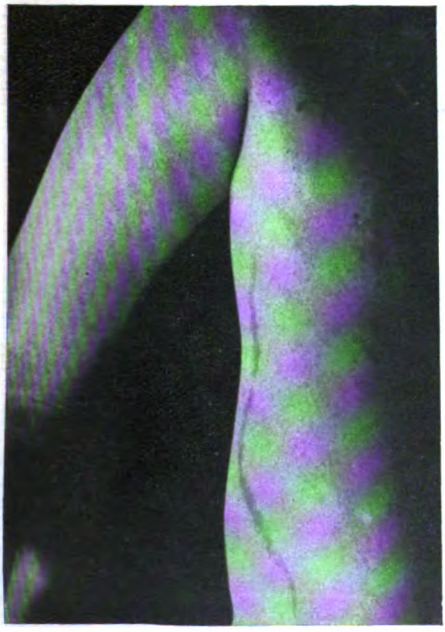


Fig. 5a.

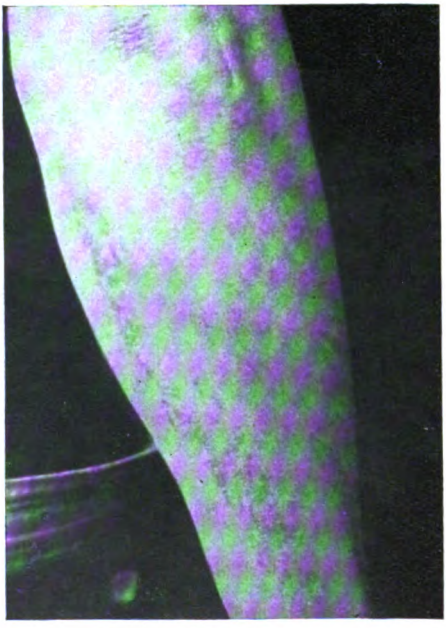


Fig. 5b.

Digitized by Google

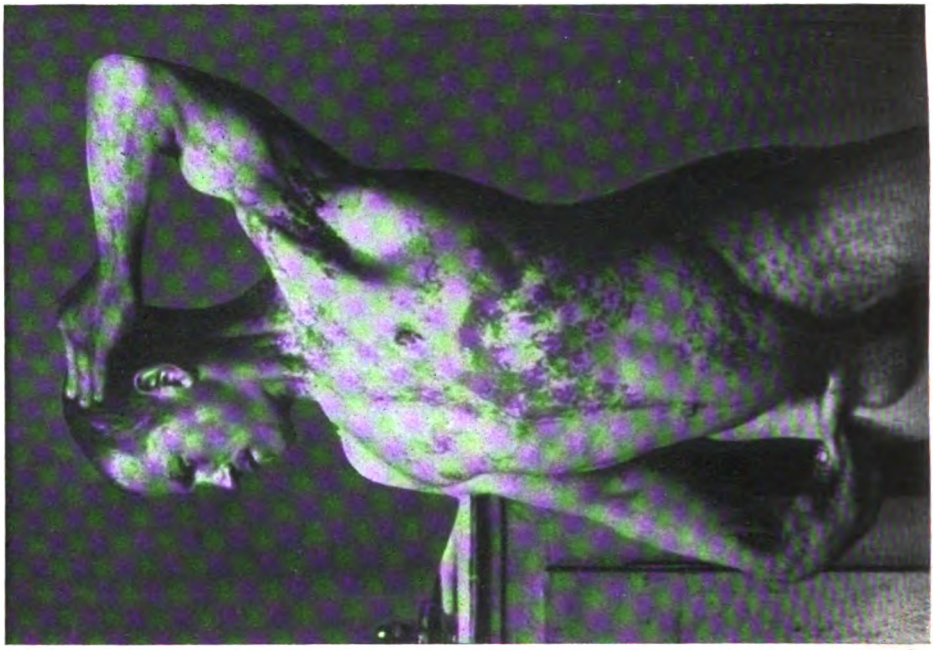


Fig. 2b.

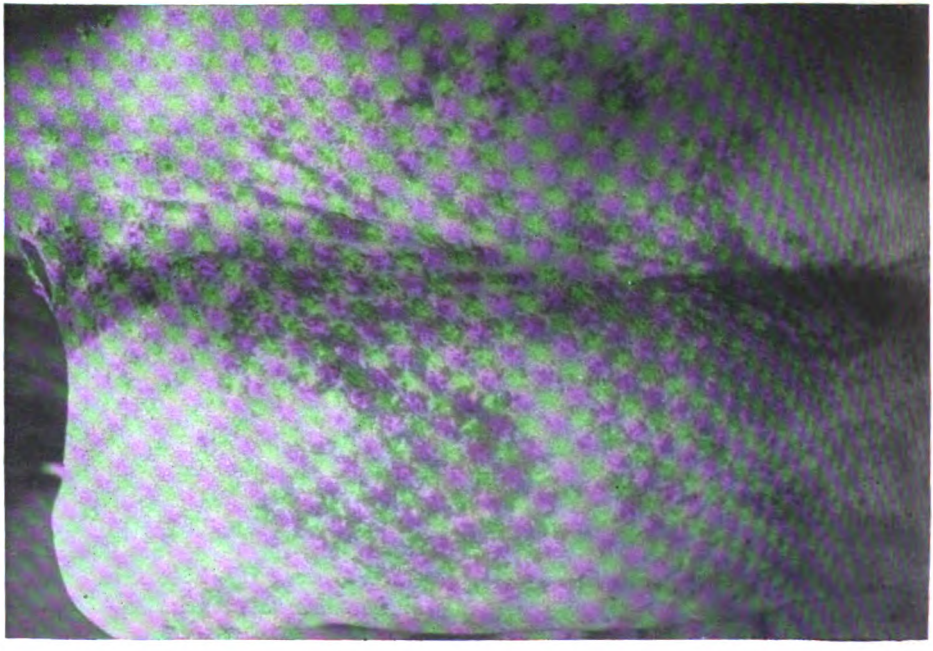


Fig. 2a.

Digitized by Google

Segmente: Zervikalis 5 und 6, Dorsalis 2—8, Lumbalis 1—2 und 5, Sakralis 1—3 der linken Seite. Rechts D 6 aber möglicherweise auch übergreifend.

Fall 2. J. (s. Fig. 2a u. b). Familie o. B. Patient leidet seit Geburt an einem Hautausschlag und außerdem bis zum 21. Jahre an häufigem Harndrang. Krankmeldung wegen Schmerzen in den Leistendrüsen.

Befund: Die linke Rücken- und Lendengegend, die linke Schulter, Brust, Bauch und Leistengegend, sowie die oberen Teile des linken Oberschenkels, die Genitokruralfalte und beide Handrücken sind von zahlreichen, meist strichförmig angeordneten, gering über die Oberhaut erhabenen Papeln bzw. flachen Warzen eingenommen, die, wo sie vereinzelt stehen, meist hanfkorn- bis linsengroß sind, aber vielfach auch zu schmalen streifenförmigen Flächen zusammenfließen. An den konfluierenden Stellen ist die Hautfelderung besonders deutlich, auch zeigen die einzelnen Papeln ein feines Netz, wie es gewöhnlich für Lichen planus charakteristisch angesehen wird. Im übrigen ist weder die vieleckige Form, noch die zentrale Einsenkung, noch der Glanz der Lichenpapel vorhanden. Die Farbe der beschriebenen Effloreszenzen wechselt von hellbraungelb zu dunkelbraun. Auch die rechte Körperseite ist im geringen Grade beteiligt. Am Halse, an der Brust und am Rücken sieht die Anordnung auf der rechten Seite wie ein mißlungener, aus spärlichen Elementen bestehender Abklatsch der linken Seite aus. Am oberen Rande des Musculus trapezius beiderseits haben die sonst flachen Erhabenheiten sich zu linsengroßen gestielten Wärzchen vergrößert, ebenso sitzen mehrere gestielte Warzen in der linken Achselhöhle, in der Genitokruralfalte und an der linken Seite des Hodens. Auch an den beiden Ober- und Unterlidern sitzen kleine warzenartige Gebilde. Die Zilien der Oberlider treten aus traubigen Wärzchen hervor. Auch die Unterlider sind mit hahnenkammartigen, warzigen Gebilden bedeckt. Die Nävusgebilde bedecken ferner in dichter Anordnung den ganzen behaarten Kopf, besonders aber die linke Seite, während sie rechts eine streifige Anordnung aufweisen, wie man sie auch an der linken unbehaarten Kopfseite sieht. Die Farbe ist hier meistens hellbraun. An beiden Stirnseiten finden sich wie Froschlaich aussehende, etwas an Lichenknötchen erinnernde, nicht pigmentierte Flächen. Nach Ansicht des konsultierten Neurologen Dr. Siebert sind beteiligt:

links:	rechts:
Trigeminus I infraorbitalis und infratrochlearis	Trigeminus I
N. cervicalis II—VIII	N. dorsalis I—VIII od. IX
N. dorsalis I—VII	N. cervicalis II—VIII
N. sacralis II—V	N. sacralis III

Sensibilitätsstörungen waren nicht vorhanden.

Fall 3. Fi. (s. Fig. 3). Vorgeschichte: Beide Eltern an Altersschwäche gestorben. Geschwister alle gesund. Keine Alkohol-, keine Nerven- und Geschlechtskrankheiten. Angeblich niemals krank gewesen. Seit 24 Jahren besteht ein linearer systematisierter Ausschlag der linken Körperseite.

Befund: Kräftiger, muskulöser Patient. Innere Organe gesund. Die Hauterkrankung besteht aus linear geordneten gruppierten Papeln, von teilweise sehr harter Konsistenz. Die Primäreffloreszenz ist eine polygonale, der Lichenpapel aufs Haar gleichende, harte, glänzende Papel. Die Papeln konfluieren genau so wie bei Lichen planus, viele haben dieselbe braunrote Farbe, die gleiche flache Erhabenheit, schuppen an der Oberfläche leicht ab, und haben häufig eine netzförmige Zeichnung der Oberfläche. Doch nicht überall ist die Lichenähnlichkeit vorhanden. Im Gebiet der Hohlhand und an den Beugeseiten der Finger sind die Primäreffloreszenzen kleinste konische, braun bis schwarz gefärbte verruköse Zapfen. Die feinsten Oberhautleisten sind verlängert und kohlschwarz gefärbt, so dicht an dicht stehend, gewähren sie in ihrer Gesamtheit den Anblick von warzigen Flächen. Ein Mittelding zwischen den erstgenannten Papeln und den warzigen Auswüchsen gewähren die Papeln am Vorderarm, die zwar Lichenglanz, Härte und Schuppen aufweisen, aber sehr klein, fast stecknadelkopfgroß sind. Die Erkrankung besteht aus mehreren Linien oder Streifen. Der Hauptstreifen beginnt 10 cm unterhalb des Nabels, etwas links von der Mittellinie ungefähr $^1/_2$ cm breit, wulstartig über die Hautfläche erhaben, und zieht in die Rima cruroscrotalis und von dort bis oberhalb des inneren Kondylus des linken Oberschenkels. In seinem oberen Teile kontinuierlich, weist er im unteren Drittel des Oberschenkels einige Lücken von normaler Haut auf. Vom Knie bis zum unteren Drittel des linken

Digitized by Google

Unterschenkels ist er wieder vollständig vorhanden, aber etwas breiter und weniger erhaben wie am Oberschenkel. Am unteren Drittel des linken Unterschenkels ist er nur lückenhaft und zieht bogenförmig hinten um den inneren Knöchel herum. Die Effloreszenzen am Unterschenkel schuppen stark und sind stark pigmentiert. Außer diesem stärksten Streifen befindet sich noch ein vollständig ausgebildeter Streifen am linken Arm. Er zieht etwa von der Mitte des linken Unterarmes in einem sanften ulnarwärts gekrümmten Bogen bis zum Handgelenk. Vom Handgelenk ab besitzt er die oben geschilderten, warzigen Eigenschaften, zieht über die Hohlhand hinweg und verteilt sich an der Volarseite des zweiten, dritten und vierten Fingers, vom vierten Finger nur die radiale Seite einnehmend. Am auffälligsten sind die schwarzen Erhebungen am linken Mittelfinger. Außer diesen zwei Hauptstreifen sitzen einzelne unvollständige, streifenartige Papelreihen am Rande der Schambehaarung, vom erstgenannten Streifen bis ungefähr zum kleinen Rollhügel bogenförmig hinüberziehend, ferner einzelne zerstreute Flecke an der

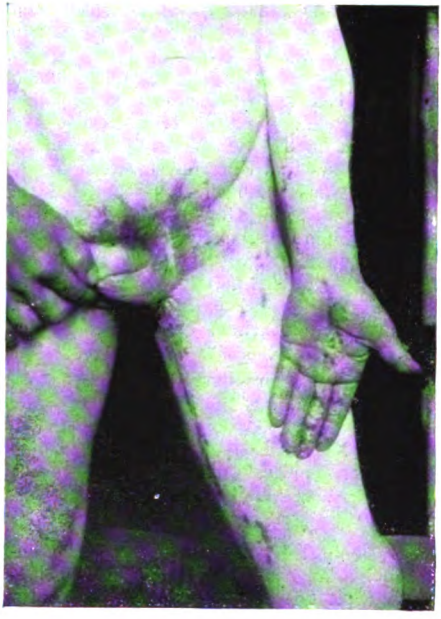


Fig. 3.

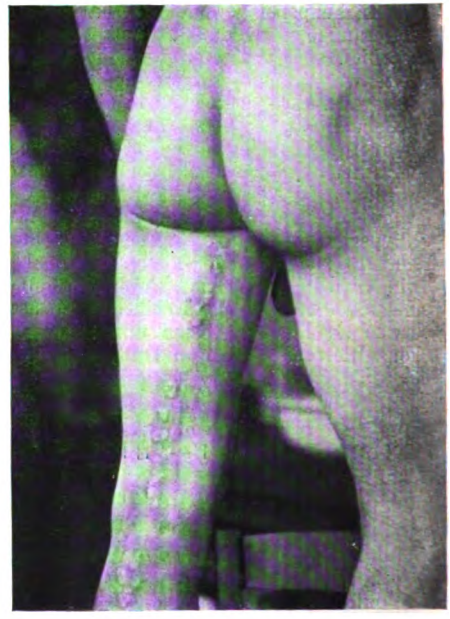


Fig. 4.

Vorderfläche der Oberschenkel und ein großer Herd oberhalb der Crista iliaca, am unteren Rande der Lendengegend. Ferner befinden sich einzelne flache Papeln im Gebiet der Fascia lata und der linken Gesäßbacke. Die Affektion ist in diesem Falle streng linksseitig. Leisten und Schenkeldrüsen rechts stärker als links geschwollen. Die linke Oberschenkelschamfurche ist stark verhärtet, und die Haut derb infiltriert. Beschwerden des Patienten: Aufreibung der linken Beinfurche beim Marschieren. Die Nervenuntersuchung durch den Spezialisten Stabsarzt Dr. Weiss ergab: Befallensein von Sakralis 3, Lumbalis 1—4, am Arm Dorsalis 1—3, vielleicht am Oberarm Zervikalis 5. Die Schmerzempfindung auf der Vorderfläche des linken Oberschenkels ist entschieden vergrößert, sonst o. B.

Fall 4. Kr. Patient war noch nie geschlechtskrank. Bemerkte vor 14 Tagen am Glied ein stecknadelgroßes Geschwür, das etwas Eiter enthielt. Letzter Geschlechtsverkehr vor sieben Wochen in H. mit einer Dirne. In Familie keine Hauterkrankung.

Befund: An der linken Seite der Vorhaut typischer Primäraffekt, indolenter Bubo links. Übrige Körperdrüsen sind nicht geschwollen. Auf der Brust befindet sich ein, wie ein seborrhoisches Ekzem aussehender, blumenblattförmiger Fleck. Von der rechten

Digitized by Google

Achselfalte bis zum rechten Oberarm zieht sich ein linearer Strang von linsen- bis rosinengroßen, meist fleischfarbenen Warzen mit breiten Stielen. Linksseitiger Wasserbruch. Herz und Lunge o. B. Sonst o. B. Keinerlei Sensibilitätsstörung. Befallensein von D 2 und C 5.

Fall 5. W. (s. Fig. 4). Vorgeschichte: Familie o. B. stets gesund. Seit 1915 Ausschlag am rechten Fuß, der verschiedentlich ohne Erfolg behandelt wurde. Seit Oktober 1916 trat derselbe Ausschlag auch am linken Bein auf.

Befund: Gesunder, kräftiger Mann. Innere Organe o. B., an beiden Beinen typische, münzenförmige Schuppenflechte, ebenso am linken Ellenbogen. Von der Mitte der linken Wade zieht ein breiter Streifen von münzenförmigen Psoriasisherden bis zur Glutäalfalte. Die Herde sind meist von Markstückgröße und lassen normale Hautstrecken zwischen sich. Ein isolierter Psoriasisfleck an der rechten Wade. Befallensein von S 2 und S 3. Keinerlei Störungen der Sensibilität.

Fall 6. Bl. (siehe Fig. 5a und 5b). Vorgeschichte: Patient war immer gesund. Familie o. B., zum erstenmal im Februar 1915 Tripper, zweite Ansteckung im Juli 1916.

Befund: Es handelt sich um einen mäßig kräftigen Mann mit blasser Haut und Schleimhäuten. Patient macht einen sehr nervösen Eindruck. Leichte Schwerhörigkeit. Herz, Lunge und übrige Organe ohne krankhaften Befund. Leistendrüsen beiderseits geschwollen. Reichlicher Ausfluß aus der geröteten und geschwollenen Harnröhrenmündung. Gonokokken positiv. Prostata im ganzen etwas geschwollen und verhärtet.

Diagnose: Tripper, Behandlung viermal täglich $^1/_4\%$ Protargolspritzen, Bärentraubenblättertee. Zweimal wöchentlich Massage der Prostata. Wegen der Prostatitis wurden fortlaufend wöchentlich zweimal Injektionen von Gonokokkenvakzine II (Merk) intramuskulär gegeben. Schon das zweite Sekretpräparat war Ende Juli frei von Gonokokken. Am 27. VIII. klagte Patient etwas über Ziehen im linken Nebenhoden. Derselbe war nicht verdickt und wenig druckempfindlich. Am 2. IX. klagte Patient über Verstopfung und Blähung. Der linke Nebenhoden erwies sich als gänzlich normal. Der rechte war vielleicht ein wenig geschwollen. Ausgedehntes variköses Venennetz am rechten Nebenhoden, etwas druckempfindlich. Zunge schlaff, etwas belegt. Leib stark gespannt. Beiderseits kotgefüllte Darmschlingen fühlbar.

Behandlung: Morgens: Massage des Leibes. Abends: Einlauf. Neunte Gonokokkenvakzineinjektion 0,9 intraglutäal. Da Patient seit einigen Tagen wieder über Ohrensausen klagt, wurde er auf die Ohrenstation geschickt zur ambulanten Behandlung.

Diagnose der Ohrenstation: Alte Trommelfellentzündung mit gemischter d. h. Mittelohr- und nervöser Schwerhörigkeit.

6. IX. Seit drei Tagen, also seit 3. IX., hat sich ein streifenförmiger, bläschenartiger Ausschlag gebildet, anfangend von der Gegend des Deltoideusansatzes, nach unten zu allmählich fortschreitend und sich vervollständigend. Ein Streifen erstreckt sich am rechten Oberarm vom Deltamuskelansatz herunter bis in die Gegend des Ellenbogens. Er besteht aus gruppierten, roten, tiefliegenden Bläschen, etwa wie ein streifenförmiger abortiver Herpes zoster oder wie Ekzembläschen in ihrem ersten Beginne. Ein ähnlicher streifenartiger Ausschlag handbreit hinter diesem zieht von der Mitte des Schulterblattes über die Fossa infraspinata nach der Mitte der Musculus triceps, ein dritter Streifen zieht etwa vom Olekranon in spiralförmiger Linie, die Ellenkanten umgreifend, bis in die Gegend der Proc. styloideus ulnae. Ein weiterer streifenförmige Ausschlag sitzt im Bereich der rechten Brusthälfte oberhalb des Brustbeins. Die Unterr extremitäten und die linke Seite überhaupt sind frei von Ausschlägen. Im Bereich der rechten Ellenbeuge in der Verlängerung der inneren Bizepsfurche zieht ebenfalls ein rudimentärer Streifen von roten Vesikopapeln herunter. Derselbe ist am ganzen Unterarm erkennbar und erst seit gestern deutlich sichtbar. Im Gebiet des großen Nervengeflechtes des Halses und Armes keine Druckempfindlichkeit. Patient klagt über Zuckungen im Knie und in den Armen, sowie seit vorgestern über Verstopfung und Übelkeit. Urin klar.

7. IX. Der Ausschlag längs der Ellenbeuge und des rechten Unterarmes hat noch an Ausdehnung nach unten und Intensität zugenommen. Nach wie vor handelt es sich um in der Tiefe der Haut liegende Vesikopapeln. Schmerzen hat Patient keine. Dagegen klagt er über nervöse Beschwerden, Zuckungen im rechten Arm und über plötzliches Zusammenschrecken, besonders bei Bettlage. Er wird zur Feststellung seiner Nervenbefunde der Station für Nervenkranke zugeschickt.

Digitized by Google

Befund der Nervenstation 9. IX. 1916: Patient leidet zunächst an allgemeiner Nervosität, wohl psychotraumatisch bedingt, Kopfdruck, Erregbarkeit, Schreckhaftigkeit, Ermüdbarkeit, Entschlußunfähigkeit, Vergeßlichkeit. Objektiv sehr lebhafte Knie-, lebhafte Arm-, Bauch-, Haut-Kremasterreflexe. Etwas Schreibhaut. Keine Störung der Berührungs-, Schmerz-, Temperaturempfindung. Keine organischen Symptome. Daneben besteht das Exanthem, das dem Bereich des 5.—8. zerv. und des 1.—4. dorsal. Segments rechts entspricht (Gonokokkenvakzinewirkung?), gez. Dr. Siebert.

8. IX. Die Oberhaut im Bereich des Ausschlages am Arm beginnt sich abzuschuppen. Die Vesikopapeln erscheinen mehr fleckartig oberflächlicher zu werden. Der Ausschlag dehnt sich nach unten zu aus. Weitere Beschwerden sind nicht mehr aufgetreten.

11. IX. Die Exanthemstreifen haben sich noch mehr vervollständigt. Die Abschuppung ist noch etwas stärker geworden. Der Ausschlag wird unscheinbar, in der Umgebung tritt eine gelbliche Färbung auf.

12.—25. IX. Weitere Gonorrhoebehandlung. Auszug aus dem Endbefund: 25. IX.: Der Ausschlag am rechten Schultergelenk ist heute stark abgeblaßt. Während die Farbe in den letzten Tagen der einer leichten Pityriasis Versicolor glich, ist sie heute nur noch wenig von der normalen Hautfarbe abweichend. Jedoch ist der Sitz der Herde überall noch erkennbar. Bei Berührung ist das Gefühl leicht vermehrter Konsistenz an den betreffenden Linien vorhanden. Nirgends besteht Druckempfindlichkeit. Tripper geheilt.

Zu merken ist bei diesem Falle, da es auch aus der Krankengeschichte nicht mit genügender Deutlichkeit hervorgeht, daß der Ausschlag in derselben Reihenfolge, wie er ausbrach, auch verschwand. Denn zuerst schuppten die proximalen, zuerst aufgetretenen Partien der Linien am Oberarm ab, während die distalen Streifen am Unterarm noch nicht auf der höchsten Entwicklungsstufe standen. Diese vervollständigten sich vielmehr noch mehrere Tage später, als die proximalen schon abgeschuppt und fast vollständig zurückgegangen waren. Etwa am 22. IX. 1916 war ein etwa gleichmäßiger Zustand der ganzen Erkrankung erreicht. Dieses Verhalten der Erkrankung erinnert meines Erachtens außerordentlich an das Auftreten und Zurückgehen im Falle Fischel. Ich legte hierauf keinen großen Wert, da die Arbeit Fischel mir damals nicht bekannt war, und ich von vornherein die Affektion für einen strichförmigen abortiven Herpes zoster (siehe Fall Nagel) hielt. Leider mußte eine Exzision der merkwürdigen Effloreszenzen unterbleiben, weil die Einwilligung hierzu nicht gegeben wurde. Die Gonokokkenvakzineinjektionen wurden nicht fortgesetzt, da Patient das Auftreten des Ausschlages auf die Injektion zurückführte, indem er bestimmt behauptete, unmittelbar nach der Injektion das Zucken in Armen und Beinen und die Übelkeit verspürt zu haben. Ob dem so ist, muß dahingestellt werden. Sehr wahrscheinlich erscheint mir ein derartiger Zusammenhang nicht. Vielmehr handelt es sich meines Erachtens bei diesen Beschwerden um eine nervöse Störung, die sich an sein schweres Ohrenleiden und die damit verbundene Nervosität anschloß. Nach Angabe des Nervenspezialisten lag ein organisches Nervenleiden sicher nicht vor. Zur Morphologie des Ausschlages sei noch hinzugefügt, daß die Vesikopapeln in einer ganz leicht ödematösen Haut saßen, und daß sie nur sehr wenig gerötet waren. Ekzem war ausgeschlossen, weil die Bläschen nicht platzten wie beim Ekzem, ferner sich überhaupt keine morphologischen Entwicklungstypen im Anfange nachweisen ließen, und die Verteilung auch den Gedanken an ein Ekzem gar nicht aufkommen ließ. Viel eher hätte man an Lichen acuminatus-Papeln denken können. An einen Herpes erinnerte außer den nervösen Begleiterscheinungen vor allem das Auftauchen der Elemente aus der Tiefe der Haut und die

Digitized by Google

gruppierte Anordnung innerhalb der Striche. Leider konnte die Biopsie der Hautelemente diese Diagnose nicht stützen. Eine Narbenbildung trat nicht auf, welche für Zoster gesprochen hätte. Die Abschuppung im Verlaufe des Falles kann auch keineswegs im Sinne eines Ekzems gedeutet werden. Die Schuppen waren pityriasiform, traten erst auf, als die Hautläsionen, sich der Oberfläche nähernd, abheilten, waren nicht seborrhoisch, es war auf der Haut kein Jucken vorhanden. Diese war vielmehr mit Ausnahme des Ausschlages vollkommen rein, von blasser weißer Farbe und sehr dünn. Meines Erachtens gehört dieser Fall in die Reihe der Fälle von plötzlich bzw. in kurzer Zeit aufschießenden strichförmigen Erkrankungen, wie sie von Arning und Schäffer gelegentlich des 7. Kongresses der deutschen Dermatologen-Gesellschaft beschrieben wurden und Fischel neuerdings geschildert hat. Ferner bildet mein Fall einen Übergang zu den strichförmigen Zosteren, von dem der Fall Nagel von Hopf ein ausgesprochenes Beispiel darstellt und von denen F. Pinkus in der Diskussion der Berliner Dermatologischen Gesellschaft spricht.

Überblickt man die oben geschilderten Fälle, so muß ein unbefangener, nicht durch Theorien beeinflußter Beobachter staunen über die Mannigfaltigkeit der Formen, die Polymorphie der Fälle. In den sechs Fällen, die nicht etwa tendenziös zusammengestellt sind, welche Fülle von verschiedenen Hauterscheinungen (verruköse harte Nävi, keratoide Hornauswüchse, weiche molluskoide Nävi, lichenoide [Lichen Vidal] und lichenöse Papeln, Ekzem- und Psoriasispapeln, Zosterbläschen)!

Man fragt sich unwillkürlich: „Ist das wirklich eine einheitliche Krankheitsform, oder sind es ganz differente, nur durch zufällige topographische Ähnlichkeit geeinte Prozesse?“

Zweitens besteht ein außerordentlich großer Unterschied der Linienformen. Es handelt sich sowohl um distinkte, einheitliche Linien aus einfachen Papelreihen, ferner um doppelte und vielfache Reihen, um mehr oder weniger dicke Bänder und Streifen oder gar um breite Zonen. Im Verlaufe der Linien besteht häufig auch eine große Variabilität. Die Ähnlichkeit mit den Axiallinien trifft häufig zu, ist aber auch oft nur eine scheinbare. Demgegenüber ist andererseits die große Ähnlichkeit mit metamer angeordneten Gebilden in der überwiegenden Mehrheit der Fälle nicht zu bestreiten. Die Differenzen liegen in dem Gebiet der individuellen Variationsbreiten, so z. B. der isolierte Herd auf der rechten Körperseite im Falle Ro. Die t-, v- oder y-förmigen Linien des Rückens, die s-Form der Flanken oder gar die Wirbelform lassen sich wohl durch metamerale Eigentümlichkeit der Hautarchitektur, nicht aber durch Erkrankung eines Nervenbezirks erklären. In allen Fällen ist das Nervensystem nicht primär befallen, höchstens in dem merkwürdigen Fall 6, Bl., kann man einen Zusammenhang mit Nervenerkrankungen konstruieren.

Auch sonst ist ein Gegensatz zwischen den seit frühester Jugend bestehenden ersten fünf Fällen und dem akut sich ausbreitenden und langsam zurückgehenden Fall Bl. festzustellen. Man fragt sich: „Ist das nicht vielleicht eine ganz besondere Erkrankung, wie Pinkus und andere anzunehmen scheinen, sind überhaupt die Naevi lineares ein einheitlicher Krankheitsbegriff?“ Trotzdem haben wohl mit Recht die meisten Beobachter an der Krankheitsgruppe der Linearnävi eben wegen der außer-

Digitized by Google

ordentlich charakteristischen Linienform festgehalten. Diese Linienform, die kongenital angelegt ist, legt natürlich den Gedanken nahe, daß es sich um kongenitale Mißbildungen der metamer angelegten Dermatomgrenzen handelt. Eine Abhängigkeit vom Nervensystem ist nicht von der Hand zu weisen, sicherlich aber nicht bewiesen. Ob ein derartiger Zusammenhang ein kausaler ist, oder nur ein gleichzeitiges Befallensein der Dermatomeren und Neuromeren vorliegt, bleibt erst noch festzustellen. Die Fischelsche Hypothese bildet vielleicht eine Brücke von der einen zur anderen Anschauung. Weitere genauere klinische Beobachtungen werden uns hoffentlich dem Ziele näherbringen.

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Marine-Lazaretts Hamburg (Chefarzt: Marine-Generalarzt z. D. Dr. Meyer).

Zur Behandlung chronischer Staphylokokkenerkrankungen der Haut.

Von

Marine-Oberassistenzarzt Dr. med. Ernst Friedrich Müller.

Bei der Behandlung von Staphylokokkenerkrankungen der Haut stehen uns zwei verschiedene Wege zur Verfügung. Der eine versucht, den Erreger unmittelbar am Krankheitsherd zu vernichten, der andere geht von dem Gedanken aus, durch Anregung der körperlichen Widerstandskraft Heilungen zu erzielen.

Die praktische Verwertung des ersten wäre in der Anwendung chemischer Stoffe in Form von Salben und Tinkturen, sowie in der Bestrahlung mit Röntgenlicht und der chirurgischen Behandlung mit Messer oder Glühstift zu suchen. Den im zweiten Falle erwähnten Gedankengang verkörpert die Vakzinetherapie, bei der wir mittels abgetöteter Bakterienaufschwemmungen eine spezifische Immunkörperbildung auslösen und so eine aktive Immunisierung anstreben.

Beide Methoden, auch in Verbindung miteinander, bilden heute die Grundlagen der Therapie bei den Staphylokokkenerkrankungen der Haut, wie wir sie als Furunkulose oder als Vereiterung ganzer Bezirke der Haut zu sehen bekommen.

Trotzdem ist bekannt, wie schwer es zuweilen ist, besonders chronische Zustände rasch zu beeinflussen.

Es wurde deshalb versucht, nach Fertigstellung der Untersuchungen über die Wirkung parenteraler Eiweißeinverleibung[1]) diese zur Beeinflussung chronischer Staphylokokkenerkrankungen zu verwerten. Dabei war der in den erwähnten Arbeiten ausführlich besprochene Gedankengang folgender:

Da jeder parenteral einverleibte Eiweißkörper einen unmittelbaren Reiz auf das Knochenmark ausübt, und da diese willkürlich auslösbare

---

[1]) Vgl. E. Fr. Müller, Die myeloische Wirkung der Milchinjektion. Med. Klinik, 1918, Nr. 18. Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten erscheint demnächst. —

Digitized by Google

„myeloische Reaktion" stets an diejenigen Stellen im Körper geleitet wird, die eine infektiöse Substanz enthalten, so muß auch hier die Möglichkeit ihrer Anwendung gegeben sein.

Die im folgenden mitgeteilten Fälle wurden mit Injektionen von Aolan behandelt[1]), das aus frischer Vollmilch gewonnen wird.

Fall 1. Vize Flugm. G. Pyodermie des Nackens, seit Mitte August 1917 in Behandlung. Befund am 11. XII. 17. Nacken im ganzen teigig geschwollen mit einzelnen Entzündungsherden. Starke Schmerzhaftigkeit. Bewegungen des Kopfes stark eingeschränkt. Bakteriologischer Befund: Staphyl. pyog. aureus. L. 9800 (L = Leukozytenzahl).

11. XII. 17. Injektion von Aolan 10 ccm, am Abend starkes Jucken im Nacken. Temp. 37° (L. 14300).

12. XII. Rötung und Abgrenzung einzelner Einschmelzungsherde. Temp. normal (L. 18800).

13. XII. Völliges Verschwinden der subjektiven Beschwerden. Beginnende Eintrocknung der eingeschmolzenen Herde. (L. 9600).

17. XII. Linke Nackenseite zeigt weiche normale Haut. (L. 7200.)

19. XII. Zweite Injektion von Aolan 10 ccm. Bereits nach wenigen Stunden starker Juckreiz in der rechten Nackenhälfte. (L. 12000, abends 16700).

20. XII. Abgrenzung und Anschwellung einzelner Herde, die am (L. 16000)

22. XII. einschmelzen und am (L. 12200)

24. XII. einzutrocknen beginnen. (L. 10200.)

27. XII. Nackenhaut bis auf eine Stelle von normalem Aussehen.

3. I. 18. Dritte Injektion Aolan 6 ccm, danach verschwindet unter gleichen Erscheinungen die Schwellung des letzten Herdes. (3. I. L. 19000. 4. I. L. 12000. 5. I. L. 11000. 9. I. L. 19200. 12. I. L. 8000. 17. I. L. 6800.) Patient wird am 14. I. 18. als geheilt auf die innere Abteilung zurückverlegt. (Es wurde keine äußere Behandlung angewendet.)

Fall 2. Oberbootsmaat Kr. Sycosis staphylogenes (St. p. albus) seit Januar 1917, an beiden Wangen, Kinn und Hals. L. 5000.

11. XII. 17. Injektion von Aolan 10 ccm. Nach sechs Stunden Aussaat von massenhaft gelblich durchscheinenden Bläschen an allen befallenen Stellen mit starker Rötung der Umgebung, dabei Gefühl der Spannung. Temp. 37,9, L. 14400.

12. XII. Die Bläschen platzen auf, teils beginnen sie einzutrocknen. L. 13400.

14. XII. Sämtliche Bläschen sind eingetrocknet. L. 18600. 17. XII. L. 8200.

19. XII. Zweite Injektion von Aolan 10 ccm. Starke Pusteleruption im Gesicht nach vier Stunden. (L. 16700.) Unter allmählichem Eintrocknen zeigt die Haut am

22. XII. nur noch einzelne Pusteln, während die Borken völlig verschwunden sind. An ihrer Stelle erscheint die Haut leicht pigmentiert. (L. 6600.)

6. I. 18. Haut völlig normal. L. 5800.

20. I. Nach Heimatsurlaub Haut völlig normal. L. 6600. Entlassung k. v. (Äußere Behandlung wurde nicht angewendet.)

Fall 3. Matrose V. Furunkulose seit drei Monaten am ganzen Körper. Bisher äußerlich und sechsmal mit Opsonogeninjektionen behandelt. L. 10600.

12. XII. 17. Injektion von Aolan 10 ccm. Nach drei Stunden Rötung und Schmerzen an allen befallenen Stellen. Abends Temp. 37,1°, L. 9800.

13. XII. Schwellung und zentrale Einschmelzung aller Furunkel. L. 13400.

14. XII. Eintrocknung. L. 7200.

17. XII. Abheilung, L. 8200. Entlassung. Keine äußere Behandlung.

Fall 4. Matrose H. Sycosis staphylogenes an den behaarten Stellen des Gesichts seit vier Jahren. Bakteriol. Befund: St. p. aureus. L. 6400.

6. XII. 17. Injektion von Aolan 10 ccm. L. abends 9200. Keine Herdreaktion.

[1]) Das aus Kuhmilch hergestellte Präparat, in der für Einspritzungen geeignetsten, haltbaren Form mit dem geschützten Namen „Aolan" bezeichnet, wird später von der Firma P. Beiersdorf & Co. Hamburg, hergestellt und in sterilen Ampullen in den Handel gebracht werden.

Digitized by Google

7. XII. Geringer Juckreiz. L. 8600.
8. XII. Massenhaft Pusteln an der befallenen Stelle. L. 17200.
10. XII. Pusteln trocknen. Deutliche Besserung. L. 10400.
17. XII. Zweite Injektion von Aolan 10 ccm. L. abends 7200. Temp. 37.1°. Keine Herdreaktion.
18. XII. Auftreten einzelner Pusteln. L. 11800.
19. XII. Massenhaft Pusteln. L. 16200.
21. XII. Abklingen. L. 8400.
22. XII. Pusteln eingetrocknet. L. 5800.
27. XII. Weiter deutliche Besserung. L. 7200.
9. I. 18. Haut von normalem Aussehen. Flechte verschwunden. L. 6800. Entlassung. Keine äußere Behandlung.

Fall 5. Matrose G. Furunkulose des Rückens seit vier Monaten. Von äußerer Behandlung unbeeinflußt. L. 10800.
10. XII. 17. Injektion von Aolan 10 ccm. L. abends 13700. Temp. 38,4°.
11. XII. Rötung und Juckreiz der befallenen Partien. L. 17200.
12. XII. Schwellung und Abgrenzung einzelner Herde. L. 15800.
13. XII. Beginnende Eintrocknung. L. 9200.
19. XII. Haut am Rücken stellenweise pigmentiert. Sonst von normalem Aussehen. L. 6600.
28. XII. Entlassung. Keine äußere Behandlung.

Fall 6. Heizer H. Eccema sycosiforme (Bakt. Befund: Staphyl. p. albus) seit sieben Jahren Borkenbildung und harte Infiltration an den behaarten Stellen des Gesichts. L. 5400.
6. XII. 17. Injektion von 10 ccm Aolan. Abends L. 10000. Temp. 37.0°. Rötung und Spannungsgefühl im Gesicht.
7. XII. Pustelaussaat, Nässen und Borkenbildung. L. 16000.
8. XII. Weitere Borkenbildung. L. 11200.
10. XII. Abklingen der Reaktion. L. 5600.
17. XII. Zweite Injektion von Aolan 10 ccm. Abends Temp. 37°. L. 9200 Sehr starke Rötung und Schwellung des ganzen Gesichts.
18. XII. Rötung geht zurück. L. 12200.
22. XII. Besserung. L. 9800.
30. XII. Borkenbildung vollständig verschwunden. L. 6200.
18 I. 18. Kaum noch Infiltrat. Einzelne Pusteln. L. 17600.
28. I. Infiltrat völlig verschwunden. L. 12600.
4. II. Haut an der Oberlippe, Kinn und Wangen faltig, sonst völlig normal. (Äußerlich wurde nur Borvaseline und Wasserstoffsuperoxyd zum Abweichen der Borken angewandt.)
5. II. Reizdosis Aolan 5 ccm, keine Herdreaktion. Temp. 37°, L. 8200.
10. II. Entlassung.

(Die genauen Angaben der einzelnen Leukozytenarten blieben der Übersichtlichkeit wegen fort. Bei den Anstiegen handelte es sich durchweg um eine Zunahme der granulierten Blutleukozyten myeloischer Abstammung.)

Die mitgeteilten Fälle zeigen ohne besondere Ausführungen das Prinzip der Behandlung. Der eingeführte Eiweißkörper besitzt den Knochenmark anregenden Faktor jeder Infektion. Wahrscheinlich infolge sehr rascher Abführung von der Injektionsstelle, kommt es nicht dazu, Knochenmarkselemente, granulierte Leukozyten, an den Herd der Einverleibung zu ziehen, so daß es niemals zu Abszedierungen kommt. Es wird vielmehr durch den noch bestehenden Reiz der alten Infektion die gesamte neu angeregte Knochenmarksleistung an den infizierten Herd geleitet.

Er bewirkt an der Herdstelle die Zeichen lokaler Entzündung bereits

Digitized by Google

nach 6—8 Stunden ohne wesentliche Temperaturerhöhungen und ohne das geringste Übelbefinden des Patienten, während Vollmilcheinspritzungen infolge schädlicher Nebenbestandteile Unwohlsein, Kopfschmerzen, Erbrechen verursachen. Es vollziehen sich dann im Anschluß an das scheinbare lokale Aufflackern des Krankheitsprozesses deutlich sichtbare Heilungsvorgänge, deren Höhepunkt mit der höchsten Leukozytenzahl zusammenfällt.

Man wird besonders an chronischen Fällen beobachten, daß diese Anstiege bis zu 25000 und mehr im Kubikmillimeter unbemerkt vom Patienten mehrmals hintereinander auftreten und jedesmal ein scheinbares Aufflackern der Krankheit begleiten.

Es ist deshalb notwendig, vor neuer Injektion zu untersuchen, ob ein Steigen der Blutleukozyten eine kommende Reaktion schon anzeigt, da das Zusammentreffen der Injektion mit der neu belebten Antikörperbildung einen anaphylaktischen Chok bewirken kann und deshalb vermieden werden muß. Als Dosis wurden 10 ccm Aolan intraglutäal unter den bekannten Vorsichtsmaßregeln der Gefäßvermeidung eingespritzt. Dieselbe Dosis kann nach der oben erwähnten Untersuchung unbedenklich mehrmals angewandt werden, da die Unschädlichkeit des Verfahrens bisher an mehreren hundert Fällen erwiesen ist. Kontraindikationen bilden allein an anderer Stelle des Körpers vorhandene Infektionsherde (Spitzentuberkulose), bei denen eine Zuführung von Leukozyten und Antikörpern im Sinne einer Aktivierung unerwünscht ist.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

b. Tuberkulose.

Epitheliomartiger Lupus am Fuß, von Th. Naegeli-Greifswald. (Beitr. z. klin. Chir., 1917, Bd. 104, H. 2.) Verfasser schildert einen Fall von Lupus epitheliomatosus oder verrucosus, der sich bekanntlich durch seinen chronischen Verlauf auszeichnet. Er wächst langsam und bevorzugt ausschließlich die Streckseiten der Extremitäten. Nicht selten liegt eine tuberkulöse Knochenfistel der ganzen Erkrankung als Ausgangspunkt zugrunde, um die sich dann der Lupus entwickelt. Differentialdiagnostisch kommen außer Warzenbildungen Kondylome, auch wirkliche Epitheliome in Betracht. Therapeutisch empfiehlt sich die radikale Exstirpation des ganzen Gewebes. Der Effekt wird teils primär, teils auch sekundär durch Thierschsche Transplantation gedeckt.

W. Chrzelitzer-Posen.

Über die Anwendung künstlicher Lichtbäder bei Lupus vulgaris und chirurgischer Tuberkulose, von A. Reyn und N. P. Ernst. (Hospitaltidende, 1917, Nr. 19 u. 20.) Die Verfasser schließen wie folgt: 1. Das künstliche chemische Lichtbad in der Gestalt von Kohlenbogenlichtbädern vermag das natürliche Höhensonnenbad zu ersetzen. 2. Das Licht allein, ohne andere klinische Faktoren, vermag die chirurgische Tuberkulose zu heilen. 3. Das Lichtbad ist eine unschätzbare Hilfe bei der Behandlung von Lupus vulgaris. 4. Das Kohlenbogenlicht ist bei künstlichen Lichtbädern dem Quecksilberlicht weit überlegen, und man soll, wenn möglich, nur Kohlenbogenlichtbäder anwenden.

W. Holland-Kristiania.

Klinische Beobachtungen über die Einwirkung der Kohlenbogenlichtbäder auf das Blut bei Patienten, die an Lupus vulgaris und chirurgischer Tuberkulose leiden, von Axel Hansen-Kopenhagen. (Strahlenther., 1916, Bd. 7.) Die Hämoglobinmenge hat während der Kur bei den meisten der Patienten nicht unbedeutend zugenommen. Auch in der Erythrozytenanzahl hat eine ähnliche Steigerung stattgefunden. Was diesen Befund aber noch interessanter macht, ist der recht gleichartige Steigungs-

Digitized by Google

modus in den verschiedenen Gruppen. Die Vermehrung war in der ersten Zeit der Kur am größten, bei einem Teil erfolgte während der ganzen Zeit, solange die Untersuchung dauerte, eine ziemlich gleichmäßige Steigerung, und nur in wenigen Fällen war die Zunahme am Schluß der Kur am ausgesprochensten. Daß die stärkste Vermehrung durchweg schnell bei Beginn der Lichtbehandlung geschehen ist, deutet darauf hin, daß sie von einer direkt inzitierenden Wirkung des Lichtes und nicht davon herrührt, daß durch Besserung des lokalen Leidens eine Hebung des Blutbildes erzielt war.

O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Tuberkulide, von ARNING (Ärztl. Ver. Hamburg, April 1917.) A. demonstriert drei Fälle von Tuberkuliden und beweist an der Hand dieser Fälle die guten Erfolge mit der PONNDORFschen Therapie. E. Brinitzer-Altona.

c. Syphilis.

Kritisches zur modernen Syphilislehre. IV. Ist ein Einfluß der Verbesserung der Therapie auf die Zahl der durch Sektion nachgewiesenen Fälle von Aortenaneurysma in den letzten 55 Jahren nachweisbar? von JULIUS HELLER-Charlottenburg-Berlin. (B. kl. W., 1917, Nr. 11.) Verf. hat zur Beantwortung dieser Frage die Sektionsprotokolle des pathologischen Instituts der Charité aus den Jahren 1859—1870 mit den von 1910—1914 verglichen. Nach möglichster Ausschaltung aller Fehlerquellen berechnet er, daß in Berlin das in seiner Zusammensetzung gleichartig gebliebene Sektionsmaterial zurzeit 4,4 mal soviel Aortenaneurysmen lieferte als vor etwa 50 Jahren, somit dem inzwischen durch Prophylaxe und intensivere Therapie zweifellos erfolgten Rückgang der Syphilis als Volksseuche ein ebensolcher der parasyphilitischen Erkrankung des Aortenaneurysmas nicht entspricht. E. Klemm-Leipzig.

Die Syphilis im Heere, von MOSCATI. (Riforma m., 1917, Nr. 32.) Kurzer Vorschlag zur Errichtung von Kommissionen, die mit allen Mitteln auch die verborgenen Luesfälle entdecken, Zwangsbehandlung einführen und den Syphilitikern Verhaltungsmaßregeln für die Zukunft geben sollen. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Syphilis bei Verbrechern, von EUGENE N. BOUDREAU. (M. Record, 2. Dez. 1916.) Verf. fand unter den Insassen eines Gefängnisses etwa 17% der Männer und 34% der Frauen syphilitisch. 7,5% aller Zugänge sind Kandidaten für Metasyphilis.

R. Frühwald-Leipzig.

Die Rolle der Syphilis beim geisteskranken Neger, von LOUIS WENDEN-Washington. (New York m. J., 30. Dez. 1916.) Von den 106 Fällen, welche innerhalb eines Jahres neu zugingen, waren 53 oder genau die Hälfte mit Lues infiziert, wie die serologische Untersuchung ergab. Die 53 Fälle werden wieder eingeteilt 1. in solche, wo die Beziehungen zwischen Psychose und Syphilis nicht genau ermittelt werden konnten (21 Fälle) und 2. solche, wo ausgesprochene syphilitische Erkrankung des Zentralnervensystems vorhanden war (32 Fälle). Von den letzteren waren 11 von sogenannter Zerebrospinal-Syphilis, die übrigen (21) von allgemeiner Paralyse befallen. Die Befunde führen W. zu dem Schlusse, daß Syphilis in unausgesprochenem Maße beim Neger vorherrscht; ob aber von einer Zunahme der Krankheit bei der farbigen Rasse gesprochen werden kann, möchte er nicht ohne weiteres behaupten. Die Beschäftigungen als Kellner, Barbier und Koch, die beim Neger so weit verbreitet sind, bieten viel Gelegenheit, die Krankheit auf anderem als sexuellem Wege zu übertragen, und die Forderung, daß solche Angestellte ein ärztliches Zeugnis, daß sie frei von Syphilis seien, aufweisen müssen, würde unzweifelhaft dazu beitragen, die Ausbreitung dieser Krankheit zu beschränken. Bei Leuten mittleren Lebensalters sollte nach W.s weiteren Erfahrungen in Fällen von Nephritis, wo keine andere Ursache festzustellen ist, immer auf Syphilis gefahndet werden. Eine negative Wassermannsche Reaktion schließt nicht absolut Syphilis aus, und bei suspekten Fällen sollte eine provokatorische Probe gemacht, in allen Fällen, wo Verdacht auf Syphilis des Zentralnervensystems besteht, der Liquor cerebro-spinalis und derselbe auch in Fällen allgemeiner Syphilis, speziell des Sekundärstadiums, in der Hoffnung untersucht werden, Erkrankungen des Zentralnervensystems in ihren Frühstadien zu erkennen. M. Stern-München.

Syphilidophobia, von DOUGLAS W. MONTGOMERY. (M. Record, 1914, Bd. 85, S. 464.) Mitteilung eines typischen Falles von Syphilidophobia. Ein Student zog sich einen Herpes zoster zu. Daneben bestand eine Schwellung der Inguinaldrüsen, die in dem Patienten die Vorstellung erweckte, an Syphilis erkrankt zu sein. Durch die überzeugungsvollen Ausführungen des Verfassers, daß jeder Herpes zoster mit Inguinal-

Digitized by Google

drüsenschwellungen einhergehe, und die Aufforderung, sich durch einen anderen Arzt beraten zu lassen, wurde Patient von seiner Zwangsidee kuriert. K. Boas-Rostock.

Allgemeine Betrachtungen über die Syphilis und speziell über die Nervenlues, von Jendrassik. (D. m. W., 1917, Nr. 27.) Die Lues ist eine Infektionskrankheit, die zwar nicht spontan heilt, aber doch dem Organismus Immunität verleiht. In der ersten Zeit der Infektion stellen sich viel häufiger Rezidive ein als später, da ja die Immunität durch die einzelnen Rezidive immer mehr zunimmt. Es scheint, daß die Lues nur dann auf andere Organe übergeht, wenn die Haut und Schleimhäute schon einen hohen Grad von Immunität erreicht haben. J. erkennt die Syphilis à virus nerveux nicht an, sondern schreibt der Familiendisposition einen größeren Einfluß zu. Im Intervall zwischen zwei Rezidiven halten sich die Spirochäten höchstwahrscheinlich wie bei den Bazillenträgern anderer Infektionskrankheiten in einem der Gewebssäfte auf, vermehren sich da, ohne in die Gewebe einzutreten und so eine Krankheit zu verursachen. Läßt dann die erworbene Immunität des Blutes nach, gelangen dann die Spirochäten wieder in die Zirkulation und ergreifen dann dasjenige Organ, dessen Immunität gering ist. So erklären sich die topisch begrenzten Rezidive. Interne Luesrezidive sind schwierig zu erkennen. Infizierte sollen daher durch die Blutuntersuchungen häufig kontrolliert und durch einen Internisten beobachtet werden. J. faßt nur die Tabes und Paralyse als Nervenlues auf. E. Brinitzer-Altona.

Die technische Syphilisdiagnose in der Hand des praktischen Arztes, von Ledermann. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1916, Nr. 9.) L. bringt für den Facharzt nichts Neues. E. Brinitzer-Altona.

Über das gleichzeitige Auftreten von Syphilis und Hauterkrankungen, von Fritz M. Meyer-Berlin. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., Dez. 1916.) M. berichtet über drei Fälle, die nach seiner Meinung das Bild der sogenannten Bastardform in der Kombination von Syphilis mit Hauterkrankungen zeigen. In zwei Fällen war Lues III mit chronischem Ekzem, im dritten mit einem Status varicosus vergesellschaftet. Die Lues bevorzugt wie jede andere Krankheit den Locus minoris resistentiae zu ihrer Manifestierung. Die Spirochäten bzw. ihre Toxine werden daher auf einer ekzematös veränderten Haut sich besonders leicht entfalten, ebenso auf einer durch Krampfadern und den hierdurch bedingten Stauungserscheinungen veränderten Haut. Zur Illustration dieser Bevorzugung eines Locus minoris resistentiae berichtet M. über einen Fall, bei dem sich an der Einschußöffnung eines Schusses durch den linken Unterschenkel ein typisches syphilitisches Unterschenkelgeschwür entwickelte. E. Brinitzer-Altona.

Syphilitische Infektion am Nacken durch Toiletteseife, von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. (Lancet-Clinic, 8. Juli 1916.) Der 40jährige Patient kam mit einer frischen Syphilis zur Behandlung. Es fand sich bei ihm im Nacken eine pigmentierte Narbe auf derber Basis. Der Patient gab an, an dieser Stelle vor etwa 60 Tagen eine Beule gehabt zu haben, die er mit Überschlägen mit Toiletteseife behandelte. Verfasser meint, daß hierdurch die Infektion erfolgt sei. R. Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Reinfectio luetica (Abortivbehandlung der Lues durch Salvarsan-Natrium), von Berent. (M. m. W., 1916, Nr. 39.) Infektion und Reinfektion lagen drei Monate auseinander. Beide Male die Diagnose durch Nachweis der Spirochaeta pallida sichergestellt. Behandelt wurde die erste Infektion mit 4,5 g Salvarsan-Natrium in fünf Wochen. A. Witte-Bremen.

Zur Organisation der Fürsorge bei kongenitaler Lues im ersten Kindesalter, von M. Pfaundler-München. (M. m. W., 1917, Nr. 17 u. 18.) Pfaundler fordert, daß die Abwehr der die kongenital luetischen Kinder und ihre Umgebung bedrohenden Gefahren sich nicht auf die illegitimen und die Kostkinder beschränken soll. Alle luesverdächtigen Kinder sollen in einer besonderen Liste geführt werden; das setzt natürlich Anzeigepflicht für Lues voraus. Die verdächtigen Kinder sind während der Eruptionsperiode zweimal wöchentlich, die übrigen Kinder alle zwei Wochen einmal von ausgebildeten Fürsorgerinnen zu besuchen und, falls sich Symptome zeigen, den bestehenden Fürsorgestellen und Ambulatorien zuzuführen. Die luetisch befundenen Kinder sollen einer chronisch intermittierenden Behandlung unterzogen werden. Pfaundler erhofft so von der ambulatorischen Behandlung, besonders wenn sie mit der klinischen alterniert, einen Erfolg; sie ist unter günstigen Verhältnissen auch bei Kostkindern anwendbar. Zur zwangweisen Hospitalisierung fehlen die rechtlichen Grundlagen, auch schon aus dem Grunde, weil bei der landläufigen Spitalbehandlung mehr als die Hälfte der Kinder im rezenten Stadium zugrunde geht und Dauererfolge nur äußerst selten erzielt werden. Erhebliche Mißstände bei dem bisher gebräuchlichen Modus

Digitized by Google

der klinischen Behandlung legen den Wunsch nahe, über die sogenannten Welander-Heime verfügen zu können, deren Wesen und Wirksamkeit ausführlich klargelegt wird. Es sei noch bemerkt, daß Pfaundler die Ansteckungsgefahr durch die kongenital luetischen Kinder nicht für sehr groß ansieht; sie besteht nur bei gröblicher Mißachtung der einfachsten hygienischen Vorschriften. A. Witte-Bremen.

Über kongenitale Syphilis, Pathogenese und Symptome, von Walter James Heimann-New Jork. (New Jork m. J., 23. Sept. 1916). H. vertritt den Standpunkt, daß unabänderlich die Mutter die Quelle der angeborenen Syphilis ist und die Infektion durch die Plazenta stattfindet, die also den Ausgangspunkt für die Krankheit beim Fötus bildet. Zwischen Syphilis, welche vor der Geburt und jener, die nach der Geburt erworben wurde, gibt es keinen Unterschied; die Krankheit ist immer dieselbe, sie ist nur Veränderungen bezüglich der Virulenz, der Spirochätenformen und der Resistenz des Wirtes unterworfen. Die infizierte Plazenta ist der Primäraffekt bei fötaler Lues, und von da aus werden die Spirochäten durch den plazentären Kreislauf direkt in den fötalen Blutstrom gebracht, womit die Mikroorganismen sich rasch ausbreiten und kein Organ oder Gewebe verschonen. Die Zeit, wo die Infektion des Fötus stattfindet, wechselt: wenn sehr früh, wird er absterben, mazeriert werden und vor der Zeit oder auch zur richtigen Zeit ausgestoßen werden, wenn etwas später, so kann der Fötus am Leben bleiben und vorzeitig oder auch zur rechten Zeit geboren werden, mit den gewöhnlichen Erscheinungen der Krankheit oder mangelhaft entwickelt oder mit Abnormitäten behaftet. Wenn die Infektion sehr spät stattfindet, z. B. im letzten Monat des intrauterinen Lebens, so wird das Kind zur rechten Zeit, lebend oder tot, mit oder ohne objektive Zeichen der Syphilis, geboren. Viel hängt auch von der Art und dem Stadium der mütterlichen Syphilis ab; die fötale Erkrankung wird um so ernster sein, je frischer die mütterliche — im ersten oder zweiten Stadium des Leidens — noch ist. Zu diesen zwei Faktoren, welche bestimmend für die Art der kongenitalen Syphilis sind, nämlich der Infektionsmonat und das Stadium der mütterlichen Syphilis, kommt als dritter noch die Therapie hinzu: genügende Behandlung der Mutter kann den Fötus vor der Krankheit bewahren. Je älter die Infektion der Mutter, um so geringer die Wahrscheinlichkeit der Übertragung auf das Kind; so werden im Tertiärstadium weniger Syphilitische geboren wie im Sekundärstadium. H. möchte der Einfachheit halber die Fälle kongenitaler Syphilis in folgende Gruppen einteilen: 1. Patienten, welche mit Haut- und ausgeprägten Erscheinungen innerer Erkrankungen, 2. welche mit Haut- und nur leichten Erkrankungen innerer Organe geboren wurden; 3. welche mit Hauterkrankungen allein zur Welt kamen, aber im späteren Verlaufe des Lebens Krankheiten innerer Organe zeigen; 4. Patienten, die anscheinend gesund zur Welt kommen, aber im Laufe des ersten Jahres Krankheitssymptome aufweisen; 5. welche zwischen dem zweiten und siebenten Jahre erst solche zeigen; 6. Patienten, welche scheinbar gesund geboren werden und erst nach dem siebenten Lebensjahre Erscheinungen der Krankheit aufweisen; diese Gruppe schließt jene von Fournier der verzögerten (hinausgeschobenen) kongenitalen Syphilis ein. Die Wassermannsche Reaktion ist beinahe stets positiv — nach Noguchi in 96, nach Zusammenstellung anderer Autoren in 98% aller Fälle (nach Mark Reuben 99%.). Bei angeborener Syphilis kann das Tertiärstadium sich viele Jahre lang hinziehen, oder Tertiärsymptome können im späten Jugendalter oder erst beim Erwachsenen die ersten Erscheinungen der kongenitalen Infektion sein. Erstaunlich dürften diese Tatsachen nicht sein; denn auch bei erworbener Syphilis sehen wir häufig genug Fälle, die völlig frei von Sekundärerscheinungen sind und die ersten Erscheinungen der Krankheit 20 und mehr Jahre nach dem Primäraffekt in Form der Tertiärsymptome auftreten. Diese Tatsachen dienen nur dazu, die Identizität der angeborenen und erworbenen Syphilis zw beweisen. Ein besonderer Umstand kommt aber der ersteren zu, nämlich die Zeit, zu welcher sie akquiriert wird: während der wichtigsten Entwicklungsperiode, das ist vor der Geburt und der Kampf gegen diese Bürde findet teils vor und teils kurz nach der Geburt statt. Auf diese Weise kann die Krankheit neben ihren aktuellen pathologischen Veränderungen alle Arten von Entwicklungsanomalien, Mißbildungen, Dystrophien und geistige Entwicklungsfehler, wenn nicht wirkliche Blödheit oder auch Geisteskrankheit, verursachen. Abgesehen von diesen Anomalien sind vor der Geburt und nach derselben entstandene Syphilis für Verfasser völlig identisch. M. Stern-München.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

7. September 1918 | Nr. 36 | Band 67

Aus der medizinischen Klinik der Universität Leipzig
(Direktor: Geh.-Rat Prof. v. Strümpell).

Über das Vorkommen der Flughautbildung beim Menschen.

Von

Dr. Erich Ebstein, Oberarzt.

(Mit 7 Abbildungen.)

Wenn man von Schwimmhaut- oder Flughautbildung am menschlichen Körper redet, so versteht man darunter für gewöhnlich eine Hautfalte, die sich zwischen den Wurzeln der Finger oder auch der der Zehen ausspannt. Ferdinand Birkner hat dieser Bildung eine ausgezeichnete monographische Bearbeitung gewidmet, in der er u. a. zu dem Schluß kommt, daß die als individuelles und als rassenhaftes Unterscheidungsmerkmal stark entwickelte Schwimmhaut sowohl eine typisch-menschliche Hemmungsbildung als auch eine typisch-menschliche Exzessivbildung sein kann, je nachdem die Entwicklung der Hand frei von dem Einfluß schwerer Arbeit geblieben ist oder nicht.

Das mit einer solchen Hemmungsbildung behaftete Individuum ist also betreffs der Schwimmhautbildung auf einer niedrigeren Stufe der individuellen Entwicklung stehengeblieben. Ich habe sie bei Fällen von Brachydaktylie (Brachymetakarpie) gesehen.

Vom ästhetischen Standpunkt äußert sich Ernst Brücke: „In Rücksicht auf den Ansatz der Finger an die Hand ist zu erwähnen, daß ein scharfer, gut getrennter Einsatz bessere Linien gibt, als die Hände, bei denen die Finger an ihrer Basis durch schwimmhautartige Hautfalten zusammenhängen."

Friedenthal rechnet die Schwimmhautbildung an den Extremitäten zu den „Sonderformen der menschlichen Leibesbildung" und setzt sie in Beziehung zu der gleichen Bildung bei den Primaten. „Wir besitzen", so sagt Friedenthal, „um so mehr ein Recht, die Schwimmhäute beim Erwachsenen als den Rest einer embryonal mächtigeren Anlage aufzufassen, als im Laufe des postembryonalen Lebens eine Vergrößerung der Schwimmhäute an Hand und Fuß nicht mehr stattzuhaben pflegt. Die große individuelle, durch die Rasse nicht beeinflußte Schwankungsbreite in der Ausbildung der Schwimmhäute beim Menschen ist anzusehen als eine mehr oder minder vollkommene Rückbildung der embryonalen Schwimmhäute. Funktionell helfen die Schwimmhäute der Finger und Zehen die Fühlfläche von Hand und Fuß vergrößern, daher ist auch die Volar- und Plantarseite der Schwimmhäute mit Tastpapillen übersät.

Digitized by Google

Für den aufrechten Gang des Menschen ist der Grad der Ausbildung der Schwimmhäute an den Zehen völlig bedeutungslos, während der Gebrauch der Menschenhände durch starke Schwimmhautbildung zwischen den Fingern beeinträchtigt wird. Namentlich dem Klavierspieler können ausgebreitete Schwimmhäute sehr lästig fallen. Unter den Primaten, welche bekanntlich keine Schwimmkünstler zu sein pflegen, zeichnen sich die Anthropoiden, vor allem der Gorilla und der Siamanga syndactylus, durch den Besitz ausgedehnter Schwimmhäute vor den anderen Affen und den Menschen aus . . . Während bei den Primaten die Schwimmhautbildung eine Reliktenbildung ist, kennen wir eine Reihe von Säugetieren, z. B. die Seeottern, bei welchen sekundär im Anschluß an ständigen Wasseraufenthalt neue Schwimmbildung stattgefunden hat im engsten Anschluß an den Gebrauch von Hand und Fuß als Schwimmruder. Unter unseren Haushunden ist die Neufundländerrasse durch ständigen erblichen Besitz großer Schwimmhäute von vielen anderen Hunderassen unterschieden."

Vom Standpunkt der Palpabilität aus spricht Toby Cohn (Bd. 1, Seite 200) von den beim Menschen „schwimmhautähnlichen Interdigitalfalten". Man sieht diese Falten am deutlichsten bei der Fingerspreizung, und zwar an der Volarseite, von wo aus man sie palpiert. Die Anspannungsfähigkeit dieser Falten wechselt daher mit der Abduktionsfähigkeit und ist bei vielen Menschen zwischen den verschiedenen Fingern verschieden groß.

Entsprechend diesen schwimmhautähnlichen Interdigitalfalten habe ich die sogenannte angeborene Kontraktur des kleinen Fingers als Flughautbildung aufgefaßt. Wenn Julius Bauer in seinem ausgezeichneten Werk „die konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten" (Berlin 1917, Seite 258) sagt: „das von E. Ebstein jüngst als heredofamiliäre Flughautbildung am kleinen Finger bezeichnete Degenerationszeichen ist mit der längst bekannten Kamptodaktylie identisch", so muß ich erstens sagen, daß mir der Ausdruck Kamptodaktylie wohl bekannt war, wenn mir auch die Arbeit von Landoucy (1916) unbekannt geblieben ist. Indes haben schon lange vor Landoucy von mir bereits namhaft gemachte Autoren dieses Zeichen gekannt (W. Adams 1890, Fébé 1894, T. Cohn 1905). Ich habe das familiäre Auftreten dieses Stigmas betont und gezeigt, daß sich dieses Degenerationszeichen mit großer Vorliebe auf die weiblichen Glieder der Familie vererbt. Goldflam fand z. B. bei 46 Mitgliedern in drei Generationen 26, also mehr als die Hälfte, von dieser Mißbildung betroffen.

Nach meiner letzten Veröffentlichung (1913) hat sich W. Bateson folgendermaßen über dieses Degenerationszeichen ausgesprochen. Er sagt: „In vielen Familien ist beispielsweise ein krummer kleiner Finger eine gewöhnliche Erscheinung. Diese Eigentümlichkeit kann sowohl durch affizierte wie auch durch nicht affizierte Glieder vererbt werden; dieser Umstand ist aber, glaube ich, ähnlich dem beim Küken, deren Füße durch Schwäche mißgestaltet werden können. In einigen Familien ist die Erscheinung derartiger Hühnchen eine gewöhnliche, sie ist aber viel häufiger, wenn die Küken schlecht ausgebrütet worden sind, woraus man schließen kann, daß die Anlage zu der Eigentümlichkeit übertragen

Digitized by Google

wird, und nicht die Eigentümlichkeit selbst. Wahrscheinlich deutet ein krummer kleiner Finger auf eine gewisse Schwäche hin, die unter günstigen Umständen nicht sichtbar zu werden braucht. Von Stammbäumen solcher Eigentümlichkeiten kann man nicht Resultate von großem positivem Wert erwarten."

Fig. 1. Pterygium popliteum. Nach Julius Wolff (1889).

Außer an den Händen und Füßen sind derartige Flughäute im Laufe der Zeit auch an anderen Stellen des menschlichen Körpers beschrieben und gesehen worden. Ich möchte über diese seltenen Fälle kurz im Zusammenhang berichten. So stellte der Chirurg Julius Wolff im Jahre 1888 in Berlin ein dort geborenes 10jähriges Mädchen vor, das an der linken unteren, um 12 cm verkürzten Extremität — in der Kniekehle sozusagen ausgespannt — eine dem Flügel der Vögel ähnliche Flughaut (Patagium) besaß, außerdem bestand an der rechten Hand eine Schwimmhautbildung (Syndaktylie), abgesehen von den übrigen Mißbildungen, die auf der beigefügten Abbildung 1 zum Teil sichtbar sind. Stellte dieses Gebilde wirklich ein

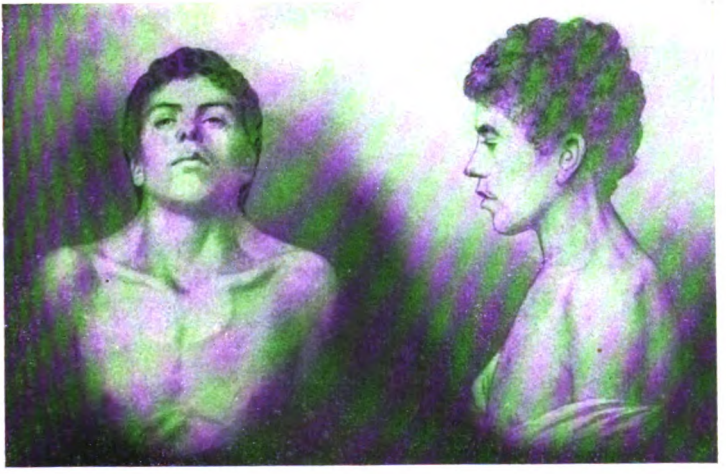


Fig. 2. Pterygium colli. Nach Kobylynski (1883).

Unikum dar, so setzte es Wolff mit Recht in Beziehung zu den unter physiologischen Verhältnissen in der Tierwelt vorkommenden Flughäuten (Patagia). Allerdings kommt eine derartige Flughaut zwischen Ober- und

Digitized by Google

Unterschenkel bei keinem Tier vor, doch kommt die Flughaut der Vögel der menschlichen am nächsten. Denn die Flughäute der verschiedenen Tiere sind entweder zwischen Rippenfortsätzen oder zwischen den Fingern, oder zwischen den oberen Extremitäten einerseits und den unteren andererseits ausgespannt, oder wie bei den Vögeln zwischen Ober- und Vorderarm.

Fig. 3. Pterygium colli.
Nach Funke (1909).

Die Behinderung durch die dreieckige Flughaut war bei dem Kinde derartig groß, daß es nur auf den Knien umherzurutschen vermochte. Ich möchte sie als Pterygium popliteum bezeichnen.

Zwei weitere Fälle von Flughautbildung, und zwar am Halse, haben Kobylynski (1883) und Funke (1909) beschrieben.

Bei dem Kobylynskischen Fall, der einen 20jährigen Kranken betraf, fand sich auf beiden Seiten des Halses, zwischen dem Proc. mastoideus und dem Akromion, eine flughautähnliche Hautfalte, die hinte dem Ohre hervortretend zur Schulter herabstieg (Abb. 2).

Bei dem Funkeschen Fall, der ein 15jähriges Mädchen betraf, handelt es sich um die ganz analoge Flughautbildung am Hals (Abb. 3), die insofern nur etwas weniger auffällt, als die Kranke in besserem Ernährungszustand sich befindet, als der von Kobylynski mitgeteilte Fall. Eigen-

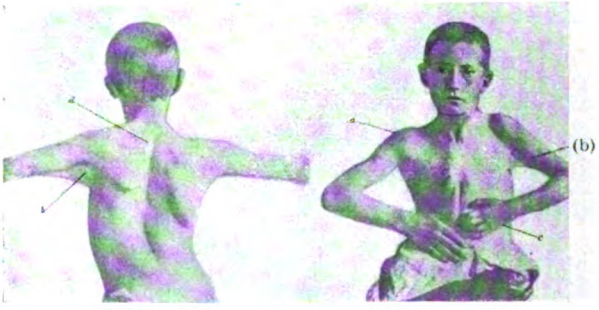


Fig. 4. Pterygium axillare (b). Nach Bruns u. Kredel (1890).

tümlich ist die Behaarung der auf der Unterlage verschieblichen Hautfalte. Außerdem ist interessant, daß der Rumpf mehrere Abnormitäten zeigt, zunächst das gänzliche Fehlen der Mamma und gänzlichen Mangel der Behaarung in der Achselhöhle und am Venusberg. Bei der Operation erwiesen sich die beiden Blätter der Hautfalte als nicht verklebt, sondern die Falte lies sich in toto auf die Tischfläche legen. Funke braucht den Vergleich, als ob jemand mit beiden Händen rechts und links in die

Digitized by Google

Haut des Halses gegriffen und diese in Form einer Falte abgehoben hätte und so während des embryonalen wie späteren Wachstums festgehalten hätte. Als Ursache dieses Zuges glaubt Funke amniotische Verwachsungen und keinen Atavismus, wie Kobylynski es wollte, annehmen zu sollen.

Fig. 5. Pterygium axillare. Nach Benario (1890).

Wenn Funke seinen Fall als Pterygium colli bezeichnet hat, so kann man den von L. Bruns und L. Kredel veröffentlichten Fall recht gut als Pterygium axillare benennen. Dieser Fall zeigt die ausgespannte Flughaut zwischen dem Thorax und dem linken Oberarm und einen angeborenen Defekt des M. pectoralis major und minor bei einem 12jährigen Knaben (Abb. 4).

Einen ähnlichen Fall veröffentlichte J. Benario, bei dem die Flughautbildung über der rechten Brustseite saß, und auch mit einem Defekt der Brustmuskeln derselben Seite vergesellschaftet war (Abb. 5). Bruns und Kredel erwogen wohl mit zuerst die Möglichkeit, ob es sich bei derartigen Flughautbildungen um nichts anderes als um fehlerhaft angelegte und abnorm entwickelte Muskelrudimente handle, welche die normale Haut zu einer Duplikatur vorstülpen. In diesem Fall würde sowohl die abnorme Spannung der Haut über der ganzen linken Thoraxhälfte, als auch der wahrscheinliche Zusammenhang der in der Flughaut enthaltenen sehnigen Zwischenmasse der Portio clavicularis des M. pectoralis major für diese Annahme sprechen. Erst Karl Basch hat an einem mehrere Tage alten Kind diese Verhältnisse genauer verfolgen können und kam auf Grund seiner anatomischen Untersuchungen zu dem Schluß,

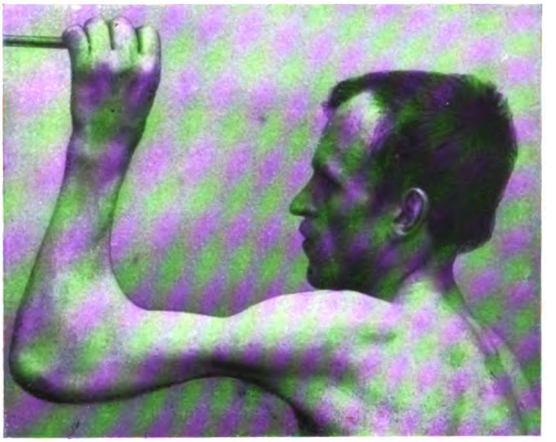


Fig. 6. Pterygium cubitale. Nach Wilms-Zahrt (1903).

daß die Flughautbildung als Ausdruck einer unvollkommenen Gliederung anzusehen ist, die sich von seiten der Nerven, Muskeln und Knochen einer Wachstumshemmung zugesellt, alles infolge eines äußeren Wachstumswiderstandes.

Wilms' Fälle von Flughautbildung in beiden Ellenbeugen bei Vater

Digitized by Google

und Sohn möchte ich als Pterygium cubitale bezeichnen; auch bei diesen Fällen fanden sich Muskeldefekte. Eine Abbildung dieses Wilms-schen Falles findet sich in der Leipziger Dissertation von Friiz Zahrt (1903), wonach die Photographie gemacht ist (Abb. 6), die sich im Besitze der chirurgischen Klinik in Leipzig befindet.

Auch Klaussner hat auf ähnliche Fälle hingewiesen, und ich selbst habe über eine seltene Mißbildung mit vielen angeborenen Defekten (Defekt beider Olfaktorii, Transposition der Aorta, Septumdefekt, Peromelie, angeborene Trichterbrust) berichtet, bei der auch eine hochgradige Flughautbildung in der rechten Ellenbeuge vorhanden war. Ich habe die Flughautbildung durch eine mangelhafte Streckung der betreffenden Extremität und frühzeitige Verwachsung erklärt, also auf intrauterin zustande gekommene Schädlichkeiten zurückgeführt.

Fig. 7. Hautmuskelstrang am Hals. Nach Kemal Bey (1909).

In dem Fall, den vor kurzem W. Brachmann beschrieben hat, findet sich bei einer 6 Tage alten Mißbildung symmetrische Monodaktylie, bedingt durch Ulnadefekt, ebenfalls mit symmetrischer Flughautbildung in den Ellenbeugen, sowie andere Abnormitäten (Zwerghaftigkeit, Halsrippen, Behaarung). Brachmann wirft die Frage auf, ob durch weitere Beobachtungen dieser Symptomenkomplex (4 Fälle von Monodaktylie durch Ulnadefekt, davon 2 symmetrisch, die sämtlich eine scharfe Heranbeugung des Vorderarms an den Oberarm und eine Stufenleiter von Flughautbildung) sich als typisch erweisen wird.

Zum Schluß sei eines eigenartigen kongenitalen Hautmuskelstranges am Halse (Abb. 7) gedacht, der im Gülhanekrankenhaus in Konstantinopel bei einem 20jährigen Griechen beobachtet wurde. Es fand sich ein etwa 10 cm langer, gleichmäßig kleinfingerdicker, drehrunder Strang, genau in der Mittellinie des Halses: wird der Kopf zurückgebogen, so verhindert das der Strang in gewisser Weise, wenn er auch bei seiner Elastizität dünner wird. Die Genese dieser Mißbildung ist nicht aufgeklärt, indes scheint die Störung erst in späterer embryonaler Zeit eingetreten zu sein, als die Zervikalbogen sich schon geschlossen hatten. Es liegt jedenfalls eine Abspaltung von der Hautmuskelplatte vor.

Wenn auch die Ansichten über die Entstehung der Flughautbildung am menschlichen Körper noch geteilte sind, so kann man nach klinischen Gesichtspunkten die Flughautbildung nach den Gegenden, an denen sie vorkommen, in folgende Gruppen einteilen:

Digitized by Google

1. Hals:	Pterygium	colli.
2. Rumpf:	„	axillare,
3. Extremitäten:	„	digitale.
	„	cubitale,
	„	popliteum.

Diese verschiedenen Flughautbildungen treten entweder als alleinige Mißbildung oder kombiniert mit anderen am menschlichen Körper auf.

Literatur:

Bauer, Julius, Die konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten. Berlin 1917, S. 258. — Basch, Karl. Über sogenannte Flughautbildung beim Menschen. Zeitschrift für Heilkunde, Berlin 1891, Bd. 12, S. 499—518. — Benario, J., Über einen Fall von angeborenem Mangel des Musculus pectoralis major und minor mit Flughautbildung. B. kl. W., 1890, Nr. 10, S. 225—227. — Birkner, Ferd., Beiträge zur Anthropologie der Hand. München 1895. — Brachmann, W., Ein Fall von symmetrischer Monodaktylie usw. Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1916, Bd. 84. — Brücke, Ernst, Schönheit und Fehler der menschlichen Gestalt. 2. Auflage. Wien und Leipzig 1893, S. 54. — Bruns und Kredel, Über einen Fall von angeborenem Defekt mehrerer Brustmuskeln mit Flughautbildung. Fortschritte der Medizin, 1890, Bd. 8, Nr. 1, S. 1—7. — Buschan, Georg, Menschenkunde. Stuttgart 1909, S. 225. — Carus, C. G., Symbolik der menschlichen Gestalt. 2. Auflage. Leipzig 1858; darin: die Hand, S. 294. — Cohn, Toby, Die palpabeln Gebilde. Teil 1. Berlin 1905, S. 175 u. 200. — Ebstein, E., Zur Ätiologie der Brachydaktylie. Mitteil. aus dem Grenzgeb., 1910, Bd. 21, S. 531 ff. — Ebstein, E., Über die angeborene und erworbene Trichterbrust. Volkmanns Vorträge, 1909. — Ebstein, E., Über Flughautbildung bei Mutter und vier Töchtern. Mitteil. aus den Grenzgebieten, 1911, Bd. 22, S. 613—621. — Ebstein, E., Über Flughautbildung am kleinen Finger. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1913, Bd. 47 u. 48, S. 50—58. — Freund, L., Kongenitale Fingerkontrakturen. Fortschritte der Röntgenstrahlen, 1914, Bd. 22, Heft 3. — Friedenthal, Hans, Beiträge zur Naturgeschichte des Menschen. Lieferung 5. Jena 1910, S. 30—40. — Funke, Pterygium colli. D. Zschr. f. Chir., Bd. 63, S. 162—167. — Gütermann, F., Ein Fall von multipler Hirnnervenlähmung mit gleichzeitigen Mißbildungen am Thorax und an der rechten oberen Extremität. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1917, Bd. 57, S. 203—226. — Hirschberg, J., Wörterbuch der Augenheilkunde. Leipzig 1887, S. 86, „Pterygium". — Kemal Bey, Ein eigenartiger kongenitaler Hautmuskelstrang am Halse, Gülhane-Festschrift, Leipzig 1909, S. 109 mit Abbildung 9 und 11, sowie Emin, D. Zschr. f. Chir., 1908, Bd. 94, S. 411—412. — Kobylynski, Über eine flughautähnliche Ausbreitung am Halse. Arch. f. Anthropologie, 1883, Bd. 14, S. 343—384. — Landoucy, Presse méd., 1906, S. 32 (zitiert nach J. Bauer). — Schultze, Eugen, Angeborene familiäre Kontraktur der Gelenke des kleinen Fingers. Sammelreferat im Zentralblatt für die Grenzgebiete, 1912, Bd. 16, S. 608—621. — Schuster, P., Zur Differentialdiagnose der Fingerkontrakturen. B. kl. W., 1913, Nr. 25 (Sonderabdruck S. 3—5). — Steche, Otto, Beiträge zur Kenntnis der kongenitalen Muskeldefekte. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1905, Bd. 28, S. 217—251. — Wegelin, C., Über eine erhebliche Mißbildung des kleinen Fingers. B. kl. W., 1917, Nr. 12. — Wilms, Handbuch der prakt. Chirurgie, Bd. 4 (2. Auflage), Stuttgart 1902, und Sitzungsbericht der Leipziger med. Gesellschaft v. 28. Januar 1902. Der Fall ist genau mit Abbildung und Röntgenbild beschrieben in der Diss. von Fritz Zahrt. — Wolff, Julius, Über einen Fall von angeborener Flughautbildung. Arch. f. kl. Chir., Berlin 1889, Bd. 38, S. 66. — Zahrt, Fritz, Über einen Fall von erblicher Flughautbildung an den Ellenbeugen. Diss., Leipzig 1903.

Digitized by Google

Leitsätze des Ärzte-Kurses über „Erkenntnis und Behandlung der primären Syphilis".

Abgehalten April 1918 im Allgemeinen Krankenhause St. Georg, Hamburg.

Von

Ed. Arning und E. Jacobsthal.

1. Die frühzeitige Erkennung und richtige Behandlung der primären Syphilis ist der erste Schritt zur Bekämpfung der Syphilis überhaupt; die rechtzeitige Aufdeckung solcher Fälle bedeutet im allgemeinen nicht nur die schnelle, völlige Heilung des Einzelindividuums, sondern auch die Verhinderung zahlreicher Neuinfektionen.

2. Die alte, noch nicht ausgerottete Anschauung, daß die primäre Syphilis immer mit einem typischen Geschwür, dem „harten Schanker", beginne, ist ein gefährlicher Irrtum. Sehr häufig ist der spezifische Primäraffekt ein ganz flaches, nicht oder kaum infiltriertes Geschwür von dem Aussehen einer Erosion oder eines Herpes.

3. Die extragenitale Infektion ist, besonders bei Frauen, weit häufiger als gewöhnlich angenommen wird, am häufigsten die der Lippen und Tonsillen. Auf die Diagnose leitet die charakteristische, derbe, nicht schmerzhafte Schwellung der regionären Lymphdrüsen hin. Jedes nicht schnell heilende Geschwür, besonders der Lippen, jede nicht schnell abklingende Angina, jede indolente Drüsenschwellung im Kieferwinkel oder unter dem Kieferast muß die Frage wachrufen: Kann es sich nicht um eine primäre Syphilis handeln? Gleiches gilt von schlechtheilenden Fingergeschwüren und Panaritien.

4. In so gut wie jedem unbehandelten Primäraffekt ist verhältnismäßig leicht die Syphilisspirochäte nachweisbar und damit die Diagnose gesichert. Es ist falsch, vor Stellung einer sicheren Diagnose das Ulkus lokal, z. B. mit Kalomel oder Jodoform oder Ätzmitteln, zu behandeln. Durch mehrtägigen feuchten Verband mit Kochsalzlösung werden die Spirochäten zwar meistens wieder nachweisbar, für die Diagnose geht aber kostbare Zeit verloren. In den wenigen Fällen, wo im primären Ulkus die Auffindung der Spirochäten mißlingt, erlaubt die richtig ausgeführte Drüsenpunktion der geschwollenen regionären Drüsen fast immer den Nachweis der Syphilisspirochäte.

5. Für den Nachweis der Spirochaeta pallida ist die Untersuchung im Dunkelfeld (mit Dunkelfeldkondensor) die Methode der Wahl. Sie ist dem Nachweis durch die viel empfohlene Burrische Tuschemethode oder durch Färbung weit überlegen. Denn sie kostet weniger Zeit und gestattet die Beobachtung weit zahlreicherer Spirochäten in lebendem Zustande mit ihrer charakteristischen Form und Bewegung. Von den zahlreichen Färbemethoden zum Nachweis der Spirochaeta pallida ist für den Praktiker die Schnellfärbung nach Giemsa am meisten zu empfehlen.

6. Es muß unbedingt gefordert werden, daß jeder Facharzt für Hautkrankheiten die Dunkelfelduntersuchung völlig beherrscht; ebenso eigentlich auch der Mund- und Halsarzt und Gynäkologe. Auch für den Praktiker ist das Vertrautsein mit dieser Technik wohl zu empfehlen. In keinem, auch nur etwas verdächtigen Falle darf die Spirochätenuntersuchung unterbleiben, weil der Arzt zufälligerweise die Technik nicht beherrscht.

7. Die Wassermannsche Reaktion tritt frühestens in der 4. bis 6. Woche nach der Ansteckung, also 1 bis 3 Wochen nach dem Primäraffekt auf und ist der erste Ausdruck der Allgemeindurchseuchung des Organismus. Sie wird fast immer vor den ersten sichtbaren sekundären Symptomen positiv. Daraus ergeben sich folgende Gesichtspunkte unter Berücksichtigung der Tatsache, daß eine Vollheilung durch eine Kur nach Auftreten der Allgemeininfektion weit seltener zu erwarten ist:

a) Es ist ein Fehler, in den ersten fünf Wochen nach der möglichen Infektion die schwerwiegende Entscheidung darüber, ob Syphilis vorliegt, vom Ausfall der Blutuntersuchung abhängig zu machen, sondern hier ist die Untersuchung auf Spirochäten am Platze und das Entscheidende. Eine negative Wassermannsche Reaktion spricht nur im Sinne einer fehlenden Allgemeininfektion. Andererseits darf eine schwach positive Reaktion nur mit größter Vorsicht verwertet werden, da sie auch zum Beispiel bei

Digitized by Google

Ulcus molle mit Bubo vorkommen kann. Eine stark positive Reaktion beweist Lues. Sechs Wochen nach der Infektion spricht negative Serumreaktion gegen Lues.

b) Wassermannsche Reaktion und Spirochätenuntersuchung ergänzen sich in der glücklichsten Weise, denn bei positivem Spirochätenbefunde unterrichtet die Blutuntersuchung den Arzt über folgende wichtige Punkte:

aa) Welche Heilungsaussichten der Fall bietet, bb) welche Behandlungsform ohne Gefahr anzuwenden ist. (S. unter 9 und 12.)

8. Die Blutentnahme zur Wassermannschen Reaktion (Venenpunktion, bei Kindern oder sehr schwierigen Venen eventuell Schröpfentnahme) ist bei richtiger Technik ein höchst einfacher Eingriff. Auskochen der Kanülen in Sodalösung oder Verschicken des Blutes auf weite Entfernungen kann zu unrichtigen Resultaten führen. Versand inaktivierten Serums in Jenaer Glas ist unbedenklich.

9. Die Behandlung der primären Lues hat von dem Gesichtspunkt auszugehen, daß eine einseitige Behandlung nur mit Hg oder nur mit Salvarsan einen Verzicht auf wirksame Waffen gegen die Lues bedeutet. Kombinierte Behandlung (Hg, Salvarsan, eventuell Jodkali) heißt die Losung. Da aber im Falle der Allgemeindurchseuchung, also im frisch sekundären Stadium, durch das plötzliche Zugrundegehen zahlreicher Spirochäten im Gehirn schwere Schädigungen entstehen können, so ist hier anfangs eine mildere, nämlich die langsamer wirkende Quecksilbervorbehandlung angebracht und erst dann kräftige Salvarsananwendung. Bei noch nicht erfolgter Allgemeindurchseuchung darf sofort mit hohen Salvarsandosen (0,3 bis 0,4) begonnen werden (Abortivkur). Entscheidend für die Frage nach der Allgemeininfektion ist der Ausfall der Blutuntersuchung (s. o. unter 7) und die seit der Infektion verflossene Zeit.

10. Von vielen Ärzten wird Altsalvarsan dem Neosalvarsan vorgezogen, es ist wohl wirkungsvoller und weniger gefährlich.

11. Bei der Behandlung werden im ganzen 1.2 bis 2.0 g Salvarsan in Abständen von 5 bis 8 Tagen verabreicht. Quecksilber als Schmierkur, eventuell Hg salicylicum-Kalomel-Embarin- und Novasurol-Einspritzung. Am Schluß zur Festsetzung der Wirkung zwei Spritzen Ol. cinereum. Wiederholung der Kur — auch bei Abortivbehandlung — nach 3 bis 6 Monaten. Serumkontrolle $^1/_4$- bis $^1/_2$jährlich einige Jahre lang.

12. Im Stadium der negativen Serumreaktion abortiv behandelte Fälle geben nach übereinstimmender Auffassung fast 100% Heilungsaussichten; im Primärstadium bei positiver Wassermannscher Reaktion behandelte Fälle haben etwa 60% Heilungsaussichten nach der ersten Kur.

Aus der Praxis.

Zur Kontraluesin-Behandlung im Felde.

Von

Oberarzt d. R. Dr. Ed. Richter.

Über Kontraluesin habe ich in mehreren Aufsätzen bereits früher berichtet, ebenso andere Herren.

Während meiner dreimonatigen Tätigkeit in einem Kriegslazarett hatte ich Gelegenheit, eine Reihe von Fällen mit Stabsarzt Prof. Dr. Bruck und einige Fälle von Prof. Dr. Riecke mit Kontraluesin zu behandeln.

Die Behandlung der Luetiker mit Kontraluesin im Lazarett zeigte, daß man die Injektionstermine wesentlich zusammenlegen kann. Während eine Anzahl alle 5 Tage gespritzt wurde, ging ich darauf zu viertägigen Terminen über und dann zu dreitägigen. Da wir keine Stomatitiden sahen, sondern nur in 3 Fällen leichte Zahnfleischreizung, welche unter Karbolsäure-Betupfung und unter Zahnpflege mit H_2O_2, sowie weiterer Kontraluesingabe schwand, würde ich selbst ferner zu zweitägigen Injektionszeiten greifen. Kombiniert man mit Salvarsan, so schlage ich vor, eine Neosalvarsanspritze vorher zu geben, nicht nachher. — Die Krankengeschichten der im Kriegslazarett behandelten Fälle möchte ich später veröffentlichen. Für heute gebe ich nur davon die folgenden serologischen Tabellen.

Digitized by Google

Tabelle I. 1 Neosalvarsan vorher und 6 Kontraluesin nachdem. (Fall 1 und 2 hatten außerdem 1 Kalomel vorher.)

Krankheitsbefund	Lues	Infektion vor	Behandlungs-Beginn	Behandlungs-Schluß	Anzahl d. Kontraluesin-Inj.	Blutentnahme	Wassermann-Reaktion
1. Primäraffekt	I.	4 Wochen	16. XII.	13. I.	6	16. I.	negativ
2. Primäraffekt	I.	5 „	12. XII.	13. I.	6	16. I.	„
3. Weicher und harter Schanker .	I.	3 „	12. XII.	13. I.	6	16. I.	„
4. Primäraffekt	I.	11 „	12. XII.	13. I.	6	16. I.	„
5. Primäraffekt	I.	6 „	12. XII.	13. I.	6	16. I.	„

Tabelle II. Reine Kontraluesin-Behandlung bei Lues I.

Krankheitsbefund	Lues	Infektion vor	Behandlungs-Beginn	Behandlungs-Schluß	Anzahl d. Kontraluesin-Inj.	Blutentnahme	Wassermann-Reaktion	Körpergewicht
1. Primäraffekt	I.	7 Wochen	22. XII.	20. I.	8	25. I.	positiv	66 kg
2. Primäraffekt	I.	3 „	22. XII.	20. I.	8	25. I.	negativ	68 „
3. Phimose und 2 Schanker . . .	I.	4 „	28. XII.	28. I.	10	5. II.	„	75 „
4. Primäraffekt	I.	3 „	23. XII.	20. I.	8	25. I.	„	57½ „
5. Primäraffekt	I.	5 „	19. XII.	23. I.	8	29. I.	„	67½ „
6. Weiche und harte Schanker . .	I.	3 „	23. XII.	28. I.	10	5. II.	„	75½ „
7. Primäraffekt	I.	11 „	5. I.	26. I.	8	30. I.	„	60½ „
8. Primäraffekt	I.	4 „	5. I.	26. I.	8	30. I.	„	73½ „
9. Primäraffekt, Tripper, Krätze .	I.	7 „	29. XII.	28. I.	10	5. II.	„	73 „
10. Weiche und harte Schanker . .	I.	10 „	5. I.	29. I.	9	7. II.	„	66 „
11. Primäraffekt	I.	3 „	8. I.	5. II.	10	15. II.	„	74 „
12. Primäraffekt	I.	12 Tagen	8. I.	29. I.	8	14. II.	„	76 „
13. Weiche und harte Schanker . .	I.	3 Wochen	12. I.	2. II.	8	8. II.	„	65 „
14. Primäraffekt	I.	10 „	12. I.	2. II.	8	9. II.	„	67 „
15. Primäraffekt	I.	2 „	11. I.	7. II.	9	12. II.	„	74 „
16. Primäraffekt	I.	10 Tagen	13. I.	3. II.	8	10. II.	„	69 „
17. Primäraffekt	I.	10 „	13. I.	3. II.	8	11. II.	„	54 „
18. Primäraffekt	I.	8 Wochen	13. I.	5. II.	8	11. II.	„	67 „
19. Primäraffekt	I.	4 „	1. I.	4. II.	10	10. II.	„	71 „
20. Primäraffekt	I.	8 Tagen	22. I.	21. II.	10	28. II.	„	74½ „

Digitized by Google

Krankheitsbefund	Lues	Infektion vor	Behandlungs-Beginn	Behandlungs-Schluß	Anzahl d. Kontraluesin-Inj.	Blutentnahme	Wassermann-Reaktion	Körpergewicht
1. Schanker und makulopapulöses Syphilid	I u. II	12 Wochen	20. XII.	21. I.	8	25. I.	negativ	72 kg
2. Papeln und Kondylome	II	nicht festzustellen	20. XII.	20. I.	8	25. I.	„	62 „
3. Papeln, Schleimhautlues, Tripper, Epididymitis	II	nicht festzustellen	19. XII.	23. I.	8	29. I.	„	61½ „
4. Papeln, Schleimhautlues	II	20 Wochen	3. I.	27. I.	8	25. II.	„	74 „
5. Kondylome, Schleimhautlues	II	6 Monaten	5. I.	1. II.	10	7. II.	positiv	61 „
6. Phimose, Papeln, Kondylome	II	5 Monaten	5. I.	29. I.	9	5. II.	„	59 „
7. Schanker, Papeln, Schleimhautlues, Lupus erythem.	I u. II	20 Wochen	9. I.	3. II.	8	9. II.	„	65 „
8. Kondylome	II	7 Monaten	7. I.	30. I.	8	9. II.	negativ	71 „
9. Primäraffekt, kleinpapulöses Syphilid	I u. II	5 Wochen	12. I.	6. II.	9	10. II.	„	59 „
10. Primäraffekt, makulöses Syphilid	I u. II	nicht festzustellen	13. I.	4. II.	8	10. II.	„	75 „
11. Kondylome, Alopecia syphilitica	II	nicht festzustellen	24. I.	26. II.	12	1. III.	schwach positiv	65 „
12. Phimose, Primäraffekt trockene Papeln usw.	I u. II	4 Monaten	10. I.	7. II.	9	11. II.	„ „	54½ „
13. Roseola, Papeln am After, Skrotum, Zunge	II	4 Monaten	22. I.	24. II.	10	28. II.	negativ	62½ „

Tabelle IV. Vorbehandelte.

Krankheitsbefund	Lues	Infektion vor	Behandlungs-Beginn	Behandlungs-Schluß	Anzahl d. Kontraluesin-Inj.	Blutentnahme	Wassermann-Reaktion	Körpergewicht
1. Vorbehandelt 1914 mit 2 Salvarsan und Frühjahr 1915 mit 2 Salvarsan- und 4 Hg-Spritzen.								
Kondylome	II	1½ Jahren	23. XII.	20. I.	8	2. II.	positiv	66 kg
2. Vorbehandelt Januar 1915 mit 10 Hg-Injektionen, Schmierkur, 3 Salvarsan April 1915.								
Papeln und Kondylome	II	1 Jahre	4. I.	29. I.	9	7. II.	positiv	64 „
3. Vorbehandelt mit Einreibungskur und 3 Salvarsan November—Dezember 1914 und Januar 1915.								
Papeln und Kondylome	II	1½ Jahren	22. I.	21. II.	10	28. II.	positiv	76½ „

Tabelle V. Lues III.

Krankheitsbefund	Lues	Infektion vor	Behandlungs-Beginn	Behandlungs-Schluß	Anzahl d. Kontraluesin-Inj.	Blutentnahme	Wassermann-Reaktion	Körpergewicht
1. Periostitis gummosa	III	20 Jahren	3. I.	15. I.	4	16. I.	negativ	76 kg
2. Maligne Lues ulcerosa praecox und Kondylome	II, III	5 Monaten	21. I.	9. III.	14	1. III.	positiv	63½ „
3. Tuberoulzeröses Syphilid	III	8 Jahren	19. XII.	29. I.	10	7. II.	negativ	79 „

(Vorbehandelt vor 2½ Jahren mit 1 Salvarsan- und mehreren Hg-Kuren.)

Digitized by Google

Ist es möglich, zu zweitägigen Injektionszeiten zu greifen, so würde man eine vollständige Kur in 14—16 Tagen leisten können, auch ambulant. Die serologischen Resultate stelle man nicht eher, wie vom 36. bis zum 40. Tage seit Beginn der Behandlung fest. — Eine Wiederholung der Behandlung vielleicht in Anzahl von nur 6 Spritzen wird nach 3 Monaten ratsam sein. Am liebsten waren mir zur Behandlung vorher „unbehandelte" Fälle. In einem Falle von Syphilis maligna ging ich absichtlich bis zu 14 Injektionen. (S. Tab. II.)

Hält man diese Resultate mit denen Klausners zusammen, so findet man, daß unter 50 Abortivfällen vier positiv waren, d. h. wir haben bei Kontraluesin-Behandlung 92% Negativität der Wassermann-Reaktion.

Aus der Tabelle III von Lues I und II ist Fall 12 beachtenswert. Der Befund lautete: Entzündliche Phimose, darunter der Primäraffekt deutlich fühlbar. An der Haut des Präputiums und am Skrotum zahlreiche trockene Papeln, Schwellung der regionären Lymphdrüsen, ausgedehntes papulöses Syphilid am ganzen Körper, nässende Papeln am After, impetiginöses Syphilid in der Bartgegend und an der Nasolabialfalte; Mundschleimhaut frei. Bei diesem Fall wurde — als einzigem — nach der vierten Kontraluesin-Injektion eine leichte Albuminurie gefunden, welche auf weitere Kontraluesingaben verschwand; es handelte sich also um eine Nephritis luetica. — Nie wurden irgend welche Komplikationen allgemeiner Störung bei der Kontraluesin-Behandlung beobachtet.

Man sieht, daß Kontraluesin auch bei schwächlichen Leuten von 54 Kilo gut vertragen wird. Im übrigen kann man wohl raten, nach Schwund sämtlicher klinischer Erscheinungen noch etwa 2—3 Spritzen zu geben. (S. Tab. IV u. V.)

Die Behandlung der Syphilis mit Kontraluesin hat sich bei klinisch und serologisch gutem Resultat auch hier als vollwertig bewiesen. Bei Anwendung von 1 Salvarsan voraus und etwa 8 Kontraluesin darauf ist die Behandlung auch ökonomisch.

Die serologischen Untersuchungen wurden beim beratenden Hygieniker der Etappeninspektion gemacht.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Über ein Stigma der Erbsyphilis an den Zähnen, von R. Sabouraud. (Presse méd., 1917, Nr. 17.) Nachdem Verfasser die verschiedenen erbsyphilitischen Stigmen an den Zähnen aufgeführt hat, bespricht er eins, dem er außerordentlich starke Beweiskraft zuspricht. Es ist dies eine mehr oder weniger vorspringende Erhabenheit an der Innenfläche der vorderen oberen Mahlzähne beider Seiten; es handelt sich um ein Rudiment einer Zacke. Dieses Zeichen ist sehr häufig und kommt meist allein vor. Es beweist für sich allein die Erbsyphilis. R. Frühwald-Leipzig.

Wenig bekannte Erscheinungsformen der hereditären Syphilis, von Sabouraud. (Presse méd., 1917, Nr. 27.) Neben den bekannten Veränderungen an den Zähnen Hereditär-Syphilitischer beschreibt Sabouraud eine Veränderung am ersten oberen Molarzahn; es ist das eine warzenförmige Hervorragung an der Gaumenseite des Zahns, die, wenn sie ausgesprochen ist, nach Sabouraud pathognomisch für hereditäre Syphilis sein soll. Wenn diese Veränderung festgestellt ist, soll unter allen Umständen eine Blutuntersuchung zur Sicherstellung der Diagnose gemacht werden. Großen Wert legt Sabouraud weiterhin auf die Beachtung des allgemeinen Habitus, jede Abweichung von der harmonischen Körperform erscheint ihm verdächtig und soll den Arzt mahnen, nach weiteren sicheren Zeichen zu suchen. Heiratserlaubnis gibt Sabouraud nur, wenn die Luetiker zwei oder drei Jahre symptomenfrei sind und ohne Behandlung eine völlig negative Wassermannsche Reaktion haben. A. Witte-Bremen.

Die Zahnstigmata der Erbsyphilis, von Marius Mozer und Charles Chenet. (Presse méd., 1917, Nr. 52.) Verfasser fanden bei 60 sicher hereditär-syphilitischen Kindern viermal Hutchinsonsche Zähne, aber keinmal die von Sabouraud als pathognomonisch angesehene Mißbildung des ersten oberen großen Backzahns. Diese fand sich dagegen 19mal unter 1400 an den verschiedensten Krankheiten leidenden Patienten.

Digitized by Google

Diese 19 Personen zeigten nicht die geringsten Anhaltspunkte für Syphilis, hatten auch sämtlich eine negative Wassermannsche Reaktion. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Einem syphilitischen ersten Exanthem ähnlicher Ausschlag bei einem 19jährigen Hereditär-Syphilitiker, von N. Rhodin. (Hygiea, 1917, H. 5.) 19jähriges Dienstmädchen, seit mehreren Jahren am Seraphiner-Lazarett wegen Lues hereditaria mit positiver Wassermannscher Reaktion behandelt, zeigte während des Aufenthaltes neben hereditär-syphilitischen Stigmata (parenchymatöser Keratitis, Narben an den Mundwinkeln, Hutchinsonschen Zähnen, eingesunkenem Nasenrücken) ein typisches papulopustulöses universales erstes Exanthem und Wassermannsche Reaktion +. Ein Primäraffekt war nicht zu entdecken, weshalb es unentschieden blieb, ob es sich um ein eigenartiges Rezidiv oder eine Reinfektion bei einem Hereditärsyphilitiker handelte. (Eigenbericht.) W. Holland-Kristiania.

Über hereditäre Syphilis im Ohrlabyrinth, von L. Mahler. (Hospitalstidende, 1917, Nr. 6.) Kasuistik mit Besprechung der Literatur. W. Holland-Kristiania.

Tatsachen betreffend die Alopecia areata (pélade) bei Hereditär-Syphilitischen, von R. Sabouraud. (Presse méd., 1917, Nr. 64.) Eine Reihe (16) kurzer klinischer Mitteilungen zur Stütze von S.s Behauptung, daß die Alopecia areata im Zusammenhang mit der Erbsyphilis steht. Bei einem Areatiker müssen stets die Zähne untersucht werden auf Anzeichen für eine väterliche Syphilis. So ist nach S. ein Vorsprung an der Innenseite des ersten oberen großen Backenzahns hereditär-syphilitischen Ursprungs. Bei Bestehen von Zahndifformitäten stets Serountersuchung mit aller Peinlichkeit. S. betont, daß die Alopecia areata nicht eine Krankheit sui generis, sondern nur ein Symptom ist, das verschiedene Ursachen haben kann und nicht von Syphilis herrühren muß, es aber häufig tut. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Zur ambulanten Behandlung der erbsyphilitischen Kinder in Berlin, von Cassel. (D. m. W., 1917, Nr. 31.) C. hat seit November 1916 in der von ihm geleiteten Säuglingsfürsorgestelle die kombinierte Quecksilber-Salvarsanbehandlung bei 23 Fällen mit Erfolg ambulant durchgeführt. Die erforderlichen Mittel waren von privater, wohltätiger Seite beigebracht worden. Um eine planmäßige, energische Behandlung der erbsyphilitischen Kinder in großem Umfange durchzuführen, beantragte C. in einer Versammlung der Ärzte der Berliner Säuglingsfürsorgestellen, dieses ambulante Verfahren bei allen Fürsorgestellen einzuführen. Von der Berliner Stadtverordnetenversammlung wurde daraufhin am 7. Juni 1917, auf Betreiben des Stadtmedizinalrats, der Betrag von 10000 M. jährlich aus den Mitteln der Fürsorgestellen für die Behandlung der Erbsyphilitischen bestimmt. Da zurzeit $^3/_4$ der Berliner Säuglinge durch die Fürsorgestellen hindurchgehen, so ist zu erwarten, daß der Erfolg die Mühen und Kosten reichlich lohnen wird. E. Brinitzer-Altona.

Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Salvarsans auf die kongenitale Syphilis des Fötus bei Behandlung der Mutter, von E. Mayer. (Zschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 1915, Bd. 77, H. 1.) Der Arsengehalt entspricht dem Arsengehalt des in der Plazenta kreisenden mütterlichen Blutes. Eine nicht erkrankte Plazenta ist für Arsen nicht durchgängig. Bei syphilitischer Erkrankung der Plazenta kann Arsen durch die Plazenta hindurchgehen. Die Erfolge bei der Behandlung der kongenitalen Lues der Kinder durch Salvarsan müssen in der Hauptsache wohl der primären Beeinflussung der mütterlichen Syphilis zugeschrieben werden. Die Wirkung ist wahrscheinlich eine prophylaktische bzw. hemmende in bezug auf die Erkrankung der Plazenta. Salvarsan wird gut vertragen; Abort, Blutungen, Absterben des Fötus wurden nicht beobachtet. Von 37 in der Schwangerschaft kombiniert mit Salvarsan und Quecksilber genügend behandelten Müttern wurden in 97,4% lebende Kinder zur Welt gebracht. Von den Kindern sämtlicher 43 mit Salvarsan und Quecksilber genügend behandelten Mütter sind nach den ersten Lebenstagen noch 86% am Leben. 15,8% der Kinder zeigten bei der Geburt eine positive Wassermannsche Reaktion. Die Aussicht, in jedem Stadium der mütterlichen Syphilis ein lebensfähiges, gesundes Kind zu erzielen, erhöht sich mit der injizierten Dosis. Die untere Grenze der therapeutischen Dosis liegt bei 1,5 g Salvarsan + 0,5 g Hg salicyl. In einem geringen Prozentsatz kann auch unterhalb dieser Dosis ein gesundes Kind geboren werden. Kinder syphilitischer Mütter müssen auch ohne klinische oder serologische Anzeichen der Syphilis nach der Geburt einer antisyphilitischen Behandlung unterzogen werden.
K. Boas-Rostock.

Über kombinierte Neosalvarsan-Quecksilberbehandlung der kongenitalen Lues, von Samelson. (Ther. d. Gegenw., Oktober 1917.) Welde, Noeggerath und

Digitized by Google

Dünzelmann kamen zu dem Ergebnis, daß sie mit der alleinigen Salvarsantherapie zwar recht gute Erfolge erzielt haben, daß aber die Erfolge denen der früheren Hg- und Jodkaliumbehandlung nicht überlegen waren. Als großer Vorteil der Salvarsanwirkung muß allerdings das schnelle Verschwinden der Symptome angesehen werden. Schon die oben genannten Autoren haben daher in einigen Fällen die Salvarsanwirkung mit Quecksilber zu unterstützen gesucht. In der Universitäts-Kinderklinik zu Straßburg wurden die Symptome durch ein- oder zweimalige Injektion von Neosalvarsan zum Verschwinden gebracht und dann mit Quecksilber weiter behandelt. Der kräftigeren Wirkung wegen wurden die Sublimatinjektionen an Stelle der Schmierkur bevorzugt. Das Sublimat wurde in Mengen von 0,001—0,002 täglich bis zweitägig sechs Wochen lang injiziert. Das Neosalvarsan (bei Säuglingen wurde Dosis I, bei sehr schwachen Kindern nur die Hälfte, bei älteren Kindern Dosis II und III angewandt) wurde in 1—3 ccm frisch zubereiteter sterilisierter Kochsalzlösung gelöst und sofort nach der Lösung in den äußeren oberen Quadranten der Glutäalmuskulatur injiziert. Um Dauerheilung zu erzielen müssen die Kuren oft wiederholt werden. — Ein Fall von Keratitis parenchymatosa, der sich gegen Quecksilber refraktär verhielt, wurde durch Salvarsan allein geheilt, während die Ophthalmologen die Einwirkung des Salvarsans auf die Keratitis parenchymatosa leugnen. E. Brinitzer-Altona.

Experimentelle Beiträge zur Ätiologie der akzidentellen Syphilis, von Paul Wolff. (Diss., Straßburg 1914.) Verf. hat Versuche über die Lebensdauer und Widerstandsfähigkeit der Spirochaeta pallida angestellt, um beurteilen zu können, inwieweit eine mittelbare Übertragung der Syphilis durch Gebrauchsgegenstände möglich sei. Er ging so vor, daß er Spirochäten von Menschen- oder Kaninchensyphilis in einem umrahmten Präparate verschiedenen Temperaturen aussetzte und ihre Beweglichkeit im Dunkelfelde kontrollierte. Bei Zimmertemperatur hielten sich die Spirochäten 25—30 Stunden beweglich, bei Lichtabschluß sogar 48—60 Stunden. Bei 37° nur 8—27 Stunden, bei 9—10° 25—54 Stunden. Bei der Temperatur des schmelzenden Eises waren sie bis 24 Stunden beweglich, bei 7—9° 30 Stunden, obwohl sie regelmäßig eingefroren waren und erst unbeweglich waren. Dagegen erfolgte im Thermostat (55—58°) schon nach 2—6 Stunden Absterben. Es wurden also niedrige Temperaturen besse rvertragen wie hohe. Ferner zeigte sich, daß Kaninchenspirochäten etwas resistenter waren als menschliche. Verf. hat dann auch noch Kaninchen mit älterem syphilitischem Materiale geimpft. Es ist ihm gelungen, mit Stückchen und mit einer Aufschwemmung von Kaninchenhodensyphilis, die 24 Stunden alt waren, eine Infektion am Kaninchen hervorzurufen, obwohl die Spirochäten nur träge beweglich waren. Es geht also aus diesen Versuchen hervor, daß die Spirochäten resistenter sind, als man annahm, und sich unter unnatürlichen Verhältnissen relativ lange infektionstüchtig halten können.
R. Frühwald-Leipzig.

Über die angebliche Verminderung des Rhodangehaltes im Speichel bei Syphilis, von Franz Peter-Wien. (W. kl. W., 1917, Nr. 19.) Die prozentuale Bestimmung des Rhodangehaltes im Speichel von Syphilitischen ergab keine regelmäßige Abnahme, sondern es fanden sich die gleichen Schwankungen, wie sie auch bei gesunden Individuen vorkommen. H. Vörner-Leipzig.

Ein Fall von Tabes und Epilepsie, den Zusammenhang zwischen Lues und Epilepsie beleuchtend, von G. S. Sundahl. (Svenska Läkaresällsk. Handlingar, 1917, Nr. 3.) Verf. beschreibt eingehend, wie bei einem 42jährigen Arbeiter mit Lues ignota sich erst typische Lues cerebri, später Tabes und im Zusammenhang damit Epilepsie, ohne andere Ätiologie als Lues, entwickelt hatte. Nach einer kurzen geschichtlichen Untersuchung über die früheren Ansichten über den Zusammenhang zwischen Lues und Epilepsie kommt Verf. zu der Auffassung, daß alle Formen von Epilepsie bei Lues auf organischen Veränderungen im Gehirn beruhen, wobei Epilepsie vorkommen kann: teils als Lokalsymptom, teils als genuine Epilepsie infolge von Narben nach geheilten direkten oder metasyphilitischen Veränderungen im Gehirn.
W. Holland-Kristiania.

Trauma, funktionelle Störung und Lues cerebri, von Harald Siebert-Liebau. (Neurol. Zbl., 1917, Nr. 24.) Klinisch ist der Fall, den Siebert berichtet, in mancher Hinsicht interessant. Bei einem 24jährigen, gesunden — wenn auch vielleicht etwas psychopathisch veranlagten — Menschen zeitigt ein heftiges Trauma plötzlich die Entstehung funktioneller Ausfallserscheinungen, nämlich eine absolute Stummheit infolge Parese der Stimmbänder, die aber sehr schnell zurückgeht. Dagegen ruft die Gewalteinwirkung und der folgende Chok, bzw. die Gefäßstörungen nervöser Natur eine

Digitized by Google

Mobilisierung von latenten Spirochäten hervor. Unmittelbar nach dem Trauma waren die Pupillen gleich weit, zeigten normale Licht- und Konvergenz-Reaktion. Innerhalb von zwei Wochen bildete sich eine doppelseitige Ophthalmoplegia interna aus, die auf kombinierte Jod-Hg-Salvarsanbehandlung auf der weniger betroffenen linken Seite besonders nach Salvarsan ziemlich schnell, rechts erheblich langsamer aber auch fast vollkommen sich zurückbildete. Als Angriffspunkte der mobilisierten Spirochäten nimmt der Verfasser die Vierhügelgegend und zwar die Kernregion des dritten Hirnnerven an. Lehrreich ist auch, daß der Patient, der den gebildeten Ständen angehörte, erst bei der dritten Konsultation Lues zugab, nachdem er sie vorher zweimal strikte in Abrede gestellt hatte. O. Lasch-Breslau.

Über den Wirkungsmechanismus der parenteralen Proteinkörpertherapie bei lokalen Entzündungsherden, mit besonderer Berücksichtigung der v. Wagner-schen Paralysebehandlung, von Rudolf Müller-Wien. (Psych. neurol. Wschr., 1917, Nr. 12) Verf. kommt zu folgendem Schluß: Die parenterale Zufuhr von artfremdem Eiweiß bewirkt ebenso wie spezifische Vakzination eine vermehrte Hyperämie und Transsudation in Entzündungsherden des Körpers. Dadurch ist die therapeutische Wirkung auf akut entzündliche Erscheinungen zu erklären. Bei Vorhandensein spezifisch wirksamer Substanzen im Serum wird die erzeugte Transsudation von entsprechend höherer Wirksamkeit sein. Auf diesem Prinzip könnte wenigstens zum Teil der Erfolg der Behandlung von Paralytikern nach v. Wagner beruhen. Wenn diese auf klinischer Beobachtung sichtbarer Entzündungsherde basierte Anschauung richtig ist, dürfte sich ein Ausbau der Paralysetherapie als möglich erweisen. W. Chrzelitzer-Posen.

Noch einmal: Krieg und Paralyse, von Alexander Pilcz-Wien. (W. m. W., 1918, Nr. 46.) Untersuchung über ein Material, welches 323 Fälle von Paralyse umfaßt, 168 Frontkämpfer und 155 Mann, welche nur im Hinterlande waren. Es ergab sich, daß der Frontkrieg nicht imstande ist, auf den Gang der Paralyse irgend einen nennenswerten Einfluß auszuüben. H. Vörner-Leipzig.

Paralyse und Tabes im Lichte der modernen Syphilisforschung, von Jahnel. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1917, Nr. 14.) Nach der modernen Forschung stellt die Tabes, ebenso wie die Paralyse, eine echte syphilitische, nicht bloß eine postsyphilitische Erkrankung des Nervensystems dar. Noguchi ist es als Erstem gelungen, im Gehirn von Paralytikern, desgleichen in den Hintersträngen von Tabikern Spirochäten nachzuweisen. Forster und Tomasczewski erbrachten den Nachweis von Spirochäten in den Gehirnen lebender Paralytiker, indem sie in den durch die Neisser-Pollacksche Punktion gewonnenen Hirnzylindern Spirochäten in 44% ihrer Fälle fanden. Noguchi gelang es auch, die Paralysisspirochäten auf den Kaninchenhoden erfolgreich zu übertragen. Andere Forscher konnten dann durch Paralytikerblut und Paralytikerliquor Syphilis beim Kaninchen erzeugen. Praktisch hat diese Tatsache keine Bedeutung, da bisher noch kein einziger Fall bekannt geworden ist, wo durch einen Paralytiker Syphilis übertragen worden ist. — Die Zahl der Parasiten im Nervengewebe unterliegt großen zeitlichen Schwankungen. Während des paralytischen Anfalls findet eine starke Vermehrung der Spirochäten statt. Vielleicht hängt das Auftreten von Remissionen bei Paralytikern mit einem vorübergehenden Verschwinden der Erreger aus dem Gewebe zusammen. Die Erfolglosigkeit der Therapie bei der Paralyse und Tabes beruht wohl darauf, daß das Salvarsan nur in verschwindend kleinen Mengen in das Nervengewebe gelangt. Die bei intralumbalen und subduralen Injektionen angewandten Salvarsandosen sind viel zu klein, um die Parasiten beeinflussen zu können. Die Dosen können aber nicht gesteigerr werden, da das Salvarsan für das Zentralnervensystem bei direkter Applikation seht giftig ist. Durch die moderne Forschung ist die Lehre von der Syphilis à virus nerveux noch keineswegs endgültig bewiesen. E. Brinitzer-Altona.

Die Behandlung der Tabes dorsalis mit Neosalvarsan nach Leredde, von Karczag. (D. m. W., 1917, Nr. 40.) In der Universitätsklinik in Budapest wurde an 18 Fällen von Tabes dorsalis die Lereddesche Methode erprobt. Ernste Komplikationen sind nie beobachtet worden. Dagegen wurden die lanzinierenden Schmerzen, die Krisen, die Kopfschmerzen, die Schlaflosigkeit, die Blasenbeschwerden und die Ataxie günstig beeinflußt. Die Vorschrift nach Leredde ist: die erste Serie besteht aus vier Injektionen, welche wöchentlich verabreicht werden und zwar mit folgenden Dosen: 0.3 g, 0,6 g, 0,6 g, 0,9 g Neosalvarsan. Nach einer vierwöchigen Ruhepause beginnt die zweite Serie, welche aus drei Injektionen besteht und ebenfalls wöchentlich in Dosen von 0,6 g, 0,9 g, 0.9 g verabreicht wird. Die dritte und vierte Serie bestehen ebenfalls aus drei Injektionen mit einer Durchschnittsdosis von 0.9 g Neosalvarsan.
E. Brinitzer-Altona.

Digitized by Google

Syphilis und Herzkrankheiten, von GAUCHER. (Presse méd., 1917, Nr. 55.) G. hat eine Reihe von Beobachtungen gemacht, die zeigen, daß auch die Mitral-Insuffizienz als Folge von Syphilis entstehen kann. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Syphilitische Aortenerkrankungen, von L. v. KORCZYNSKI-Serajewo. (W. kl. W., 1916, Nr. 44.) Unter Hinweis auf die bisher erschienenen Arbeiten spricht der Verf. von der Häufigkeit und der Bedeutung der luetischen Aortenerkrankungen. Außerdem von der Tatsache, daß die Krankheit sehr häufig nicht erkannt wird. Die Statistik des Verf., welche von Anfang 1914 bis Mitte 1915 reicht, umfaßt 54 Fälle. Die städtische Bevölkerung ist am meisten befallen, die Erkrankungen wurden konstatiert bei Patienten zwischen dem 15.—65. Lebensjahre. Die meisten Erkrankungen kommen im vierten Dezennium vor. Die kürzeste Frist für das Platzgreifen der luetischen Aortenaffizierung betrug drei, die übliche Zeit 15—30 Jahre. Die Diagnose der Aortensyphilis stützt sich auf den Nachweis der stattgehabten Syphilisinfektion, beziehungsweise des Fortbestehens derselben (Anamnese, Symptome, Alter, Wassermannsche Reaktion, Lymphozytose des Blutbildes). Die bemerkenswerten Symptome sind Blutdrucksteigerung, Pulsänderung und Hypertrophie des Herzens. Als instruktives Beispiel wird ein Sektionsfall angeführt, in dem die myokarditischen Veränderungen auch histologisch untersucht wurden. In den Fällen des Verf. sind dieselben häufig und namentlich durch luetische Prozesse feiner Äste der Koronararterien bedingt. Der Verf. teilt die Fälle ein in solche, bei welchen die Wurzel der Aorta mit den Klappen und den Ostien der Kranzarterien unberührt bleibt, und die er als Mesaortitis luetica simplex bezeichnet, und solche, bei welchen diese Teile am Prozeß ihren Anteil haben und die er unter dem Sammelnamen Mesaortitis luetica gravis zusammenfaßt. Die Klinik dieser beiden Arten der Krankheit wird eingehend erörtert. Die Therapie ist in frischen Fällen außerordentlich erfolgreich, wie an zwei einschlägigen Beobachtungen bewiesen wird. Die Erscheinungen der durch die Krankheit bedingten Herzinsuffizienz können nicht in allen Fällen auf eine Myokarditis bezogen werden. Unter anderen Ursachen sind es vornehmlich Lungenkrankheiten und Nierenentzündung. Eingehend beschäftigt sich der Verf. mit der Klinik und der Pathologie der Aorteninsuffizienz. Ebenso mit der Erkrankung der Kranzarterien. Die Ausführungen werden durch zahlreiche Krankengeschichten, Sektionsbefunde und mikroskopische Untersuchungen belegt. Kürzer faßt sich der Verf. über die Aneurysmen. Die Prognose ist für die Mesaortitis simplex günstiger, Todesursachen sind Komplikationen wie Lungenentzündung, Erysipel, Tuberkulose und Nephritis. Bei Mesaortitis gravis sind es außer Komplikationen die syphilitischen Veränderungen selbst: Koronarsklerose, Myokarditis, Aortenklappeninsuffizienz und Ruptur des Aortenaneurysma, welche den Tod herbeiführen. Therapeutisch kommt zur Verwendung Neosalvarsan von 0,15—0.6 g aufsteigend, Merkur und Jod. In jedem Falle soll das Verschwinden der WR angestrebt werden. H. Vörner-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

ROBERTSONSches Phänomen bei nichtsyphilitischen Krankheiten, von OTTO MAAS-Buch bei Berlin. (Neurol. Zbl., 1917, Nr. 19.) MAAS hält daran fest, daß bei genauer, kritischer Beobachtung der betreffenden Fälle der Beweis für dauerndes Auftreten des ROBERTSONschen Zeichens auf alkohologener oder diabetischer Grundlage bisher nicht erbracht ist, sondern nur bei syphilogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Reichliche Literaturangabe. O. Lasch-Breslau.

Verschiedenes.

Tagung der **Südwestdeutschen und Rheinisch-Westfälischen Dermatologen** in Frankfurt a. M. am 28. und 29. September. Tagesordnung: 1. KOLLE-Frankfurt a. M., Experimentelle Studien und Versuche zu P. EHRLICHS Chemotherapie mittels Arsenobenzol; 2. HANS SACHS und W. GEORGI, Zum serologischen Luesnachweis mittels Ausflockung; 3. Vorstellung von Kranken. Anmeldungen sind bis 20. September an Geh. Med.-Rat Prof. K. HERXHEIMER zu richten. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. TAENZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

14. September 1918 | Nr. 37 | Band 67

Bemerkungen zu dem Aufsatz von Sommerfeldt über Kollargolbehandlung der Gonorrhoe.

Von

Prof. Leo v. Zumbusch in München.

In Heft 30 dieser Wochenschrift berichtet Sommerfeldt über die Ergebnisse der intravenösen Kollargolbehandlung bei 52 Fällen von Gonorrhoe. Die erreichten Resultate waren recht bescheiden, so daß der Autor zu dem Schlusse kommt, die Kollargolbehandlung der Gonorrhoe stehe der üblichen lokalen Behandlung an Wirkung bedeutend nach; immerhin komme aber in Betracht, in gewissen resistenten Fällen Kollargolbehandlung mit lokaler Behandlung zu kombinieren.

Das Ergebnis der Arbeit ist darum interessant, weil es das bestätigt, was auch von Menzi an meiner Klinik festgestellt wurde, worauf auch in der zitierten Arbeit hingewiesen ist, nämlich, daß Kollargolinjektionen ohne energische Lokalbehandlung zwecklos sind. Menzi hat diese Erfahrung bei der Gonorrhoe der Weiber gemacht, Sommerfeldt findet dasselbe bei den Männern.

Diese uns wohlbekannte Tatsache ist auch theoretisch keineswegs verwunderlich: wir sind ohne Zweifel berechtigt anzunehmen, daß die Wirkung des Kollargols auf seiner keimzerstörenden Kraft beruht, nicht etwa auf der den Einspritzungen folgenden Temperatursteigerung; diese hat höchstens ganz sekundäre Bedeutung. Nehmen wir aber keimtötende Wirkung des Kollargols an, so ist es natürlich, daß die Gonokokken um so weniger von dem Mittel erreicht und geschädigt werden können, je oberflächlicher sie im Epithel gelagert sind. Damit stimmt überein, daß gerade solche Formen am besten beeinflußt werden, wo die Krankheitserreger der lokalen Behandlung am wenigsten zugänglich sind. Ich denke hier unter anderem an die überraschenden Erfolge bei Arthritis gonorrhoica; wenn wir hier auch keine Invasion der Gonokokken ins kranke Gelenk annehmen, so spricht doch die sicher vorhandene Resorption der schädlichen Produkte der Kokken für deren tiefen Sitz.

Die Kollargolbehandlung soll, dies sei hier nochmals gesagt, kein Ersatz der Lokalbehandlung sein, sie soll mit intensivster und präzisester Lokalbehandlung vereint zum Ziel führen.

Digitized by Google

Aus der Königl. Universitätsklinik für Hautkrankheiten in Kiel.
(Direktor: Prof. Dr. KLINGMÜLLER.)

Anwendung und Wirkung des Terpentins bei der parenteralen Injektion.

Von

Dr. ALFONS GRABISCH, Assistent der Klinik.

Seit der Mitteilung von KLINGMÜLLER „Über Behandlung von Entzündungen und Eiterungen durch Terpentineinspritzungen" ist dieses Mittel seither durch Tausende von Einspritzungen an hiesiger Klinik erprobt worden. Wie KLINGMÜLLER schon in der Überschrift sagt, sind Entzündungen und Eiterungen das Hauptanwendungsgebiet. Dabei ist es beinahe gleichgültig, auf welche Ätiologie sie zurückzuführen sind. Auf Grund dieser Tatsache ergibt sich die relative Unspezifität der Vakzineinjektionen. Es ist daher z. B. nicht notwendig, Bartflechten mit Trichophytin zu spritzen. In hiesiger Klinik wird das überaus reiche Trichophytiematerial ausschließlich mit Terpentininjektionen behandelt und — geheilt. In einigen hartnäckigen Fällen von knötchenförmiger, tiefer Trichophytie lassen wir daneben noch feuchte Sublimatumschläge (1 : 5000) machen, in solchen von oberflächlicher mit 1 %iger Sublimatbenzoetinktur pinseln. Epilation der Haare durch Pinzette oder Röntgenstrahlen und stark wirkende Salbenverbände erübrigen sich vollkommen und müssen als unnütze Zeit-, Geld- und Materialverschwendung bezeichnet werden. Schon nach zwei Einspritzungen schrumpfen die Trichophytieknoten zusammen und nach 4—6 Injektionen, die im Abstande von 4—7 Tagen (je $^1/_4$—$^1/_2$ ccm der 20 %igen Lösung in Olivenöl 1—2 Querfinger unterhalb des Darmbeinkammes auf den Knochen) gegeben werden, ist die Trichophytie geheilt.

Die Bartflechten bilden, da sie gegenwärtig so überaus häufig vorkommen, das Hauptanwendungsgebiet des Terpentins. Wie bei ihnen wird es mit fast noch mehr auffallendem Erfolge bei allen Krankheiten gegeben, bei denen es sich um ähnliche klinische Erscheinungen handelt, d. h. um Entzündung mit Exsudation: so namentlich bei den akuten Ekzemen, Dermatitiden und Arzneiexanthemen (Salvarsan, Hg, Jod, Brom usw.), bei gonorrhoischen Komplikationen (Epididymitis, Arthritis, Tendovaginitis), bei Urtikaria, Strophulus und Erythema exsudativum multiforme, bei Dermatitis herpetiformis, bei Furunkulose, Pyodermien, Schweißdrüsenabszessen und Bubonen, bei Pyelitis und Zystitis.

Vorstehende Krankheiten bilden fast eine absolute Indikation zur Anwendung des Terpentins. Es ist in sehr zahlreichen Fällen von jeder der genannten Krankheiten mit dem gleich guten therapeutischen Erfolge angewandt worden und es erübrigt sich daher, die Fälle einzeln aufzuzählen. Nur von wenigen Fällen zu berichten sei mir gestattet, in denen entgegen jeder ärztlichen Erfahrung die Heilung besonders rasch und regelwidrig erfolgte.

Digitized by Google

1. N., Sträfling. Bekam nach 3 Salvarsan- und 2 Hg-Injektionen Schwellung und Rötung des ganzen Körpers mit sehr starkem Nässen. Fünf Monate lang lag er in Watte gehüllt zu Bett und wurde täglich gepudert. Bei der Einlieferung in unsere Klinik mit dem Krankenwagen war der ganze Körper stark ödematös und nässend, die Augen verquollen. Er erhielt sofort 0,05 Ol. tereb. Zwei Tage später war das Ödem verschwunden. Zweite Injektion Terpentin. Noch einige Wochen Schuppung; dann wurde er als geheilt entlassen.

2. W., Werftarbeiter. Kam hinkend in die Poliklinik mit der Mitteilung, er habe Stechen und Jucken in der linken Leistengegend. Er hätte sich im Bett feuchte Umschläge gemacht, aber die letzte Nacht nicht schlafen können vor Schmerzen. Das Laufen sei ihm fast zur Unmöglichkeit geworden. Befund: Linke Leistendrüsen verbacken, faustgroß, hart, gerötet, auf Druck schmerzhaft; Fluktuation nicht zu fühlen. In der Kranzfurche typische Ulcera mollia. Ich wollte Terpentin lokal applizieren und steche — ohne Hautdesinfektion — ein. Des Interesses wegen ziehe ich auf und — es kommt Eiter. $1^1/_2$ ccm desselben entleere ich auf diese Weise. Dann injiziere ich 0.05 Ol. tereb. intraglutäal. Nach drei Tagen kam W. wieder und sagte, daß er keinerlei Schmerzen mehr habe. Die Besichtigung ergab, daß Schwellung und Rötung nur noch eben angedeutet, Schmerzhaftigkeit auf Druck völlig verschwunden war; von Fluktuation keine Spur.

Ja wir haben Bubonen gesehen, bei denen schon gut nachweisbare Fluktuation durch die Terpentineinspritzungen sich wieder restlos resorbierte.

3. M., türkischer Volontär. Leidet seit vier Monaten an Schweißdrüsenabszessen der linken Achselhöhle; operiert in der chirurgischen Klinik. Befund: In der linken Achselhöhle oberhalb der Operationsnarbe kirschgroßes, unterhalb derselben wallnußgroßes Infiltrat. Injektion Ol. tereb. 0,05. Vier Tage später fast jede Entzündung beseitigt. Zweite Injektion 0,05 Ol. tereb. Nach abermals vier Tagen völlig geheilt. Vier Monate später rezidivfrei.

Das beim Strophulus der Kinder äußerst lästige Jucken ist mit einer Injektion von 0,025 Ol. tereb. meist innerhalb von 24 Stunden beseitigt.

Erythema exsudativum, besonders die papulöse Form mit Ödem, schwindet nach 1—2 Einspritzungen. Bei der Dermatitis herpetiformis läßt unter der Behandlung mit Terpentin der quälende Juckreiz nach und die Erscheinungen heilen ab.

Bei der Arthritis gonorrhoica sind nach 2—4 Injektionen Schwellung, Rötung und Schmerzhaftigkeit spurlos verschwunden, und die Gelenke erhalten die volle Beweglichkeit wieder. Lupus vulgaris und erythematodes werden durch Terpentin allein erheblich gebessert und damit die örtliche Behandlung bedeutend unterstützt.

Akne und Follikulitis wurden in Fällen, in denen jede lokale Therapie versagte (feuchte Umschläge, Salbenverbände, Röntgenbestrahlungen), durch Terpentin allein geheilt.

Angesichts dieser offensichtlichen, unleugbaren Tatsachen drängt sich die Frage auf: Wie hat man sich die Heilwirkung des Terpentins, von dem man weiß, daß es ein lokale Entzündung erregendes Mittel ist, auf Entzündungsherde zu erklären, die der Injektionsstelle entfernt liegen?

Ich denke mir den Vorgang auf folgende Weise: Alles Körperfremde, das parenteral in den Körper kommt und ihn, wenn auch nur lokal, zu schädigen imstande ist, wirkt als Antigen. Solches können z. B. sein: Terpentin, Eiweißkörper, Milch, Staphylokokkenvakzine, Trichophytin, Gifte usw. Als Abwehr und Schutzmaßregel bildet der Organismus Antikörper. Diese wirken wahrscheinlich zwar am besten spezifisch, d. h. gegen die gleichen Antigene, haben aber die gemeinsame Eigenschaft, in größerem oder geringerem Grade auch Schutzstoffe gegen alle übrigen Dinge zu sein, die, in den Körper gebracht, Entzündung hervorrufen. Odstrčil

Digitized by Google

schreibt über die moderne Behandlung der Bubonen nach Ulcera mollia, daß zu deren Heilung Staphylokokkenvakzine, Na.-nucleinicum-Lösung und Milch bestens empfohlen werden können; und er kann von der neuen, unaufgeklärten Behandlungsart nur sagen, daß die Temperatur erhöhende und Leukozytose fördernde Komponente allein die Heilung nicht bewirken können. Es spielen noch andere Faktoren bei der Restitutio mit. Diese zu ermitteln und diejenigen Bestandteile der Milch herauszufinden, die eine so heilkräftige Wirkung besitzen, soll nach ihm Aufgabe der nächsten Friedenszeit werden. Nach meiner Meinung erübrigt es sich zu erforschen, ob in der Milch das Fett, das Kasein, die Kohlehydrate oder die festen Bestandteile das therapeutische Mittel sei. Denn wenn so völlig differente Stoffe wie Terpentin, Staphylokokkenvakzine, Na.-nucleinicum-Lösung und Milch in gleicher Weise eine heilende Wirkung auf Streptobazillen ausüben, so liegt doch der Schluß nahe: die Heilung muß ein Stoff, bzw. eine Eigenschaft bewirken, die allen genannten Mitteln gemeinsam ist. Es dürfte wohl aber schwer halten, von all diesen Stoffen eine andere Gemeinschaftlichkeit herauszufinden, als eben die genannte Reizwirkung. So ist es auch leicht zu verstehen, daß diese Mittel nicht nur gegen Streptobazillen wirken, sondern in ähnlicher Weise gegen Staphylokokken, Tuberkelbazillen, Pilze und anderes mehr. Durch die infolge der Injektion eines entzündungserregenden Stoffes im Körper entstehenden und gegen Entzündung gerichteten Schutzstoffe werden die von den Mikroorganismen gebildeten Toxine gebunden und somit die Gewebe, welche sonst durch die entzündungserregende Toxinwirkung geschwächt werden, widerstandsfähiger gegen die Eindringlinge gemacht. Durch die Verschlechterung der Lebensbedingungen hinwiederum werden die Bakterien in ihrer Virulenz geschwächt. Die unter der Epidermis gelegenen fallen der Phagozytose anheim, während die oberflächlichen durch Desinfizientien leicht abgetötet werden können.

Bei den exsudativen Prozessen, verursacht durch unbekannte Reizstoffe, beim akuten Ekzem und der Dermatitis, handelt es sich um ähnliche Vorgänge. Die Exsudation stellt das natürliche Bestreben des Körpers dar, die von irgend welcher Seite her eingebrachten Toxine und Reizstoffe unschädlich zu machen. Da er sie nicht schnell genug eliminieren kann, versucht er sie wenigstens durch Verdünnung abzuschwächen und so entstehen die Ödeme. Auf diese Weise erklärt sich auch leicht die verblüffende Wirkung des Terpentins bei diesen Affektionen: werden die Toxine durch die gebildeten Antikörper paralysiert, so fällt die Ursache der Exsudation weg und die Schwellung ist in wenigen Tagen durch Resorption verschwunden.

Digitized by Google

Eine Gefahr der Beratungsstellen.

Von

Prof. v. Notthafft in München.

Die Beratungsstellen für Geschlechtskranke, deren segensreiche Wirkung bereits als erwiesen betrachtet werden kann, haben sich bisher im allgemeinen nur die Liebe ihrer Leiter, dagegen nicht diejenige der Ärzte, ja nicht einmal der Spezialärzte erwerben können. Allgemein wird darüber geklagt, daß Zuweisungen von seiten der Ärzte, wo dieselben noch frei handeln können, recht spärlich sind. Die Gründe sind bekannt, die Ärzte fürchten, daß ihnen, wie bei anderen Beratungsstellen, wieder ein Teil ihrer Tätigkeit genommen wird. Vielfach herrschen Bedenken wegen Preisgabe des ärztlichen Geheimnisses, deren ethischer Teil auch nicht dadurch zu beseitigen ist, daß man ihnen Straffreiheit zusagt. Sie trauen auch dem Amtsgeheimnis nicht unbedingt an allen Orten. Für kleinere Orte besteht auch tatsächlich die Gefahr, daß mit dem Meldematerial Unfug getrieben wird, daß Klatsch, Denunziation, Racheakte und Erpressungsversuche unter Umständen zu katastrophalen Folgen führen können. Sie befürchten kollegiale Verwicklungen, z. B. unliebsame Kritik jüngerer, von sich zu sehr eingenommener Assistenten, welche mit der Beratung von seiten ihrer Chefs betraut werden, fürchten eine Bureaukratisierung und Proletarisierung des Ärztestandes und protestieren gegen die ausschließliche Meldung der Kassenmitglieder, die entweder Klassenpolitik ist oder zum allgemeinen Meldezwang führen wird; von diesem will aber m. E. mit Recht die erdrückende Mehrzahl der Ärzte nichts wissen. Blaschko hat daher den Satz formuliert, daß mit dem allgemeinen Meldezwang die Existenzberechtigung der Beratungsstellen stehe und falle. Das scheint mir zu weit zu gehen. Denn es bleiben, wie z. B. die Berliner Verhältnisse lehren, bei Wegfall jeder Meldung noch so viel Selbstmelder übrig, daß die Beratungsstellen noch immer segensreich wirken können.

Eine andere Gefahr scheint mir aber noch nicht genügend ausgeschlossen, das ist die Schädigung der Spezialärzte. Allerdings sollen sich die Beratungsstellen jeder Behandlung enthalten. Das ist bisher so loyal durchgeführt worden, daß manchen Ortes die Ärzte durch Zuweisung von seiten der Beratungsstellen, d. h. infolge des Rates derselben, irgend einen Arzt aufzusuchen, ein Mehr von Patienten erhalten haben. Dagegen hat sich, soweit ich sehe, noch keine Stimme erhoben, welche vor der ganz allgemein durchgeführten Untersuchung jedes fraglichen Geschlechtskranken mit spezialistischen Hilfsmitteln gewarnt hat. Bisher hat der praktische Arzt, wenn er diese Methoden nicht beherrscht, die Hilfe des spezialistisch gebildeten Kollegen erbeten. Wenn nun in den Beratungsstellen Blutuntersuchungen, Untersuchungen auf Spirochäten und Provokationen ausgeführt werden, statt daß den Patienten auf Grund ihres Berichtes und einer sich auf die Inspektion beschränkenden Untersuchung geraten wird, sich nach dieser Richtung hin untersuchen zu lassen, so läuft die Tätigkeit der Beratungsstellen in diesem Punkte eigentlich darauf hinaus, den praktischen Ärzten eine spezialistische Untersuchung und Kontrolle ihrer Patienten gratis zur Verfügung zu stellen, so daß sie — wenigstens ihrer Meinung nach — mit Hilfe der Beratungsstellen künftig ihre Geschlechtskranken selbst behandeln können. Ob das von Vorteil für die Patienten ist, erscheint fraglich. Für die Spezialärzte ist es ein solcher sicher nicht. Auf keinem Fall sollten die Beratungsstellen Patienten, welche frisch erkrankt sind, auf Ersuchen von Ärzten zwecks Stellung der Diagnose untersuchen, z. B. auf Gonokokken, Spirochäten, Streptobazillen und Wassermannsche Reaktion. Das gehört in die Sprechstunde des Arztes. Wenn die Beratungsstellen solches tun, schädigen sie die Spezialärzte. Die Leiter der Beratungsstellen sind selbst Spezialärzte und besitzen fast immer Poliklinikeu. Hier können sie auf Wunsch solche Untersuchungen ja vornehmen. Aber die Beratungsstellen selbst sollten hiervon frei bleiben.

Auch Anpreisungen ihrer Tätigkeit, Ärzten wie Laien gegenüber, haben zu unterbleiben. Daß solche Anpreisungen nicht nach dem geschmacklosen Muster der Okkularien stattfinden würden, dafür sorgt ja allerdings der Charakter der mit der Leitung vertrauten angesehenen Persönlichkeiten. Aber es muß auch vermieden werden, in Vorträgen und Zeitungsartikeln auf die Beratungsstellen hinzuweisen. Notwendig ist das gewiß nicht. Die Beratungsstellen werden sicher auch ohne jede noch so wohl gemeinte Anpreisung in kurzer Zeit allgemein bekannt sein.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Variköse Erkrankungen und Syphilis, von G. Nobl-Wien. (W. kl. W., 1917, Nr. 7.) Auf Grund seiner Beobachtungen gelangt der Verf. zu der Ansicht, daß die Syphilis zum varikösen Symptomenkomplex in keiner Beziehung steht, der verwirrende Begriff des varikös-syphilitischen Geschwüres ist demnach auszuscheiden. Die im Erscheinungsbereich der Venenentartung auftretenden Knochenveränderungen heben sich in Form unbeschriebener Periostosen der Flächen und Innenkanten beider Unterschenkelknochen am mittleren und unteren Drittel ab und sind als häufige Begleiterscheinungen des Leidens aufzufassen. Von diesen wechselnden Auftreibungen weichen die typischen irritativen und gummösen Ostitiden wesentlich ab. H. Vörner-Leipzig.

Nephritis sicca und Syphilis, von Prosper Merklen und G. Heuyer. (Presse méd., 1917, Nr. 5.) An der Hand dreier Fälle weisen die Verf. darauf hin, daß man bei Nephritiden auch nach Syphilis forschen soll, und zwar durch die Anamnese, genaue klinische Untersuchung und Wassermannsche Reaktion. Man wird da öfter die Syphilis als ätiologischen Faktor finden. Bei älteren Leuten ist meist die Arteriosklerose die Ursache der Nephritis; liegt gleichzeitig Syphilis vor, so spielt sie keine oder nur eine nebensächliche Rolle. Bei Patienten in der ersten Hälfte des Lebens kommt die Syphilis oft als Ursache in Betracht; doch muß man sich vor Verallgemeinerung hüten und nicht bei jeder Nephritis jüngerer Leute Syphilis annehmen. Etwa die Hälfte der Fälle ist syphilitischer Natur; meist ist die Syphilis schon mehrere Jahre alt, so daß eine tertiäre Nierensyphilis vorliegt. Diese Leute weisen meist auch syphilitische Veränderungen am Gefäßsystem auf. R. Frühwald-Leipzig.

Über orthotische Albuminurie und ihre Beziehungen zur Syphilis, von Gustav Stümpke-Hannover. (M. Kl., 1917, Nr. 2.) Angeregt durch die Untersuchungen Arnolds über orthotische Albuminurie bei Hauttuberkulose und Lues hat der Verfasser Kontrolluntersuchungen angestellt. Diese ergaben das Vorkommen orthotischer Albuminurie nur in 6 von 46 Fällen von Lues, und zwar in 3 behandelten und in 3 unbehandelten; auffallend war, daß, obwohl unter den 46 Fällen nur 15 weibliche waren, sich unter den 6 Fällen mit orthotischer Albuminurie 4 Fälle befanden. Doch betont Stümpke, daß für entscheidende Schlußfolgerungen in bezug auf die Bedeutung dieses Symptoms für die Diagnose usw., das Material von Arnold wie sein eigenes noch nicht genügend groß sei. Außerdem fand Stümpke, der zu seinen Kontrolluntersuchungen auch Fälle von Blennorrhoe und Dermatosen heranzog, in 3 Fällen von Blennorrhoe und in einem Falle von Pyodermie orthotische Albuminurie. Diese 3 Fälle von Blennorrhoe waren komplizierte, und zwar a) mit heftiger Epididymitis, b) mit schwerer Arthritis und c) mit doppelseitigem Bubo. Alle drei verliefen mit Fieber und waren wohl Allgemeininfektionen des Organismus; bei unkomplizierten Blennorrhoen fand der Verfasser nie orthotische Albuminurie. Um seine Versuche denen Arnolds analog zu gestalten, ließ Stümpke die Patienten eine Stunde lang stehen und untersuchte den Urin vor und nach dieser Prozedur, obwohl er das Vorkommen von Albuminurie beim Wechsel der Lage von der horizontalen in die vertikale für charakteristischer halten würde. Untersuchungsmethoden (Koch-, Ring-, Essigsäure-Ferrozyankalium). O. Lasch-Breslau.

Ein Fall von Diabetes insipidus bei einem Luetiker, von K. Hedén. (Svenska Läkaresällsk. Handlingar, 1917, Nr. 3.) 61jähriger Arbeiter, der seit seinem 19. Jahre an Psoriasis und seit 1899 an chronischer Bronchitis ohne Tuberkelbazillen gelitten hat, seit 1912 mehrmals im Lazarett wegen Diabetes insipidus mit einer Harnmenge von 6—7 Liter ohne nennenswerte Besserung verpflegt wurde. 1916 stellte sich im Krankenhause St. Göran zu Stockholm die Wassermannsche Reaktion stark positiv heraus und auch Noguchis Kutanreaktion war positiv. Während der Hg-Injektionsbehandlung sank die Harnmenge rasch bis auf 2—3 Liter und nach einer sich anschließenden Neosalvarsanbehandlung hat sie sich nun auf dieser Höhe 6½ Monate hindurch gehalten. W. Holland-Kristiania.

Syphilitische und parasyphilitische Affektionen der Harnblase, von A. Strackstein-New York. (New York m. J., 2. Dez. 1916.) Syphilitische Veränderungen der

Digitized by Google

Harnblase sind im allgemeinen selten; MATZENAUER war der erste, der zystoskopisch ein Gumma in der Blase demonstrierte, nachdem VIRCHOW (1859) die Tatsache syphilitischer Affektion des Harnapparates festgestellt hatte. Es folgten dann weitere Beobachtungen, wonach es unzweifelhaft feststeht, daß Syphilis die Harnblase ebenso befallen kann wie andere Organe, besonders im Tertiärstadium, daß aber häufig irgend welche für Syphilis charakteristische Erscheinungen fehlen und die Diagnose nur in Verbindung mit einer positiven Wassermannschen Reaktion und der strikten Reaktion auf antisyphilitische Behandlung gestellt werden kann. Gumma der Harnblase ist zuweilen schwierig und ohne letztere Proben oft unmöglich von Papilloma zu unterscheiden. Zu den parasyphilitischen Blaseninfektionen sind jene zu rechnen, welche, ohne eigentliche Veränderung der Blase zu zeigen, auf Syphilis des Zentralnervensystems beruhen; dazu gehören in erster Linie allgemeine Paralyse, syphilitische Spinalparalyse und besonders Tabes dorsalis. Die Blase des Tabetikers ist von spezieller Wichtigkeit, weil sie nicht nur bei voll entwickeltem Leiden gefunden wird, sondern häufig die erste Klage bildet, wegen welcher ärztlicher Rat aufgesucht wird — wie es im vorliegenden, von STRACKSTEIN genauer beschriebenen und einen 53jährigen Mann betreffenden Falle hervorgehoben ist. — Spezifische Behandlung ist nach allgemeiner Erfahrung sicher ohne Schaden und oft von entschiedenem Vorteil bei vielen parasyphilitischen Affektionen der Blase. Bei vorgeschrittenen Fällen allerdings kann eine energische Behandlung die ursprüngliche Krankheitsursache zwar beseitigen, aber der einmal begonnene Degenerationsprozeß wird langsam weiterschreiten, wenn auch die primäre Ursache beseitigt ist; das beste, was wir hoffen können, ist, das Übergreifen des Krankheitsprozesses auf die noch nicht ergriffenen Nervenstämme zu verhüten und die schon geschädigten ihrem Schicksale zu überlassen. M. Stern-München.

Die Behandlung der Augensyphilis, von A. POULARD. (Presse méd., 1917, Nr. 63.) Verfasser bevorzugt als das energischst wirkende unter den Hg-Mitteln das Hg oxyzyanatum, das er auch intravenös gibt. Neosalvarsan gibt er meist subkutan, und verfährt dabei wie bei der subkutanen „Hg-Injektion", d. h. er injiziert etwa 3 cm tief unter die Haut der Glutäalregion. Zur Schmerzvermeidung versetzt er die Neosalvarsanlösung mit einigen Tropfen Kokain und injiziert an eine Stelle nie mehr als 1 ccm. Die Injektionen können täglich wiederholt werden. Knotenbildung sah er nie, die Schmerzen sind nicht stärker als die einer Hg-Injektion.
M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Beiträge zur luetischen Entzündung der Tränendrüse, von HANS GIULINI. (Diss., Erlangen 1914.) Bericht über zwei Fälle, bei denen die Erscheinungen seitens der Tränendrüse (Lidschwellung usw.) zum Rückgang gebracht worden waren.
R. Frühwald-Leipzig.

Über Syphilis der Hoden, mit spezieller Beziehung auf Gumma, von M. ZIGLER-New York. (New York m. J., 18. Nov. 1916.) Nachdem nahezu 40% der erwachsenen Syphilitiker Hodensyphilis akquirieren, ja nach Verfassers Erfahrung dieser Prozentsatz vielleicht noch höher ist, rät er, in jedem Falle von chronischer interstitieller Orchitis, wo Blennorrhoe oder Tuberkulose nicht in Betracht kommen, an Syphilis zu denken und jedenfalls die Wassermannsche Reaktion vorzunehmen. Er führt drei recht bezeichnende Fälle an, wo — bei zweien wegen vermeintlicher Tuberkulose — jungen Männern beide bzw. ein Hoden exstierpiert wurden und die histologische Untersuchung Gumma des Hodens ergab. Im dritten Falle handelte es sich um interstitielle Epididymoorchitis, mit Hydrozele begleitet, wo schon von anderer Seite Radikaloperation angeraten worden war, durch Verfasser aber noch rechtzeitig dieselbe verhindert und die spezifische Behandlung mit vollem Erfolge eingeleitet wurde. Den Übergang einer solchen spezifischen interstitiellen Entzündung in Gumma hält er bei mangelnder Behandlung für sehr wahrscheinlich und für einen der Wege, wie diese bösartigere Form der Hodensyphilis entsteht. Schließlich führen ihn diese angeführten Irrtümer in der Syphilisdiagnose und -behandlung zu der wiederholten Warnung, daß man gar nicht genug gegen die vielen „Fallen" dieser mysteriösen Krankheit, die in so verschiedener Weise auftrete und die charakteristischen Symptome einer großen Zahl anderer Zustände und Krankheiten vortäuschen kann, auf der Hut sein muß. M. Stern-München.

Über einen Fall von syphilitischer Paronychie („Panaris syphilitica," von NÉLATON), von CARLO VIGNOLO-LUTATI. (Riforma m., 1916, Nr. 30.) Die syphilitische Infektion liegt 30 Jahre zurück. Im Laufe der vier Monate bestehenden Erkrankung ist der Nagel zu Verlust gegangen und, wie das Röntgenbild ergibt, auch der Knochen

Digitized by Google

befallen. Sehr große Schmerzen, besonders nachts, ausstrahlend zum Vorderarm. Auf allgemeine und lokale Kalomelbehandlung rasche Heilung.

M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Pupillenanomalien bei viszeraler Lues, von Noethe. (D. m. W., 1917, Nr. 9.) Pupillenanomalien sind eine häufige Begleiterscheinung viszeraler Lues; man hat daher bei allen chronischen inneren Leiden nach ihnen zu forschen. Primäres und sekundäres Stadium waren in $^3/_4$ der Fälle nicht bemerkt worden. Die einzelnen Schübe dauerten meistens jahrelang und traten nach jahrelanger Pause von neuem auf. Die viszerale Lues erwies sich zumeist als ein mildes Leiden. Für das Auftreten eines frischen Krankheitsschubes und für die Entstehung von akuter Verschlimmerung einer schon bestehenden Erkrankung ließen sich gelegentlich äußere Schädlichkeiten auffinden (Verletzungen, körperliche Erschütterungen, körperliche Anstrengungen, seelische Erregungen, akute Infektionskrankheiten). Manchmal hatte es den Anschein, als ob das von der Schädlichkeit getroffene Organ Sitz einer syphilitischen Affektion wurde. Organische Veränderungen sind nur selten nachzuweisen; selbst den Neuralgien und Myalgien pflegt eine auffallend geringe Druckempfindlichkeit eigentümlich zu sein. In fast allen Fällen fanden sich allgemeine Ernährungsstörungen; gegen eine energische Kur sind die Kranken häufig empfindlich. N. bevorzugt daher eine milde, aber länger ausgedehnte Behandlung. Salvarsan in kleinen Mengen hat sich ihm sowohl als Antisyphilitikum wie als Roborans bewährt.

E. Brinitzer-Altona.

Über Stimmgabelprüfung, ein diagnostisches Hilfsmittel für die Erkennung viszeraler Lues, von Noethe. (D. m. W., 1917, Nr. 39.) N. hat das von Beck angegebene Symptom — die isolierte Verkürzung der Kopfknochenleitung — bei 80 Fällen viszeraler Lues nachgeprüft und in 61 Fällen das Symptom bestätigt gefunden. Es ist oft doppelseitig, viel häufiger aber einseitig. Die doppelseitigen Stimmgabelverkürzungen sind schwerer Natur, meist mit anderen Zeichen von Lues des Zentralnervensystems verbunden.

E. Brinitzer-Altona.

Syphilis und akute gelbe Leberatrophie, von J. Fex. (Allmänna svenska Läkaretidn., 1916, Nr. 50.) Der Verfasser veröffentlicht einen Fall von akuter gelber Leberatrophie bei einem 16jährigen Weibe mit frischer, unbehandelter Syphilis, mit Ausschlag am Munde und Schleimpapeln am Ikterus im November 1915, gestorben 17. Dezember 1915. Bei der Sektion wurde gefunden: Lues recens, Atrophia flava hepitis acuta.

W. Holland-Kristiania.

Pericholangitis gummosa und Pneumonia syphilitica bei einem fast zweijährigen Kinde, von Karl Theodor Dutsch. (Diss., Heidelberg 1915.) Das Kind, das für sein Alter wenig entwickelt war, litt seit einem halben Jahre an Husten, zu dem sich später starke Atemnot gesellte. Es starb schon am Tage nach der Aufnahme. Bei der Sektion fand sich eine gummös-schwielige Hepatitis von pericholangitischem Charakter und eine chronisch-diffuse Pneumonie beider Unterlappen.

R. Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Magenlues, von Seubert. (M. m. W., 1917, Nr. 39.) Bei dem Kranken bestanden heftige nächtliche Schmerzen, bei Nahrungsaufnahme Nachlaß der Beschwerden. Röntgenologisch wurde ein sehr kleiner Magen mit Pylorusstenose festgestellt. Die starke Gewichtsabnahme drängte zur Operation. Es wurde eine hintere Gastroenterostomie angelegt. Erst nach der Operation gab der Kranke luetische Infektion zu. Wassermannsche Reaktion stark positv. Intensive Salvarsan- und Hg-Kur erzielte nach sechs Wochen eine Gewichtszunahme von 50 Pfund und völlige Beschwerdefreiheit.

A. Witte-Bremen.

Primäre Syphilis des Mastdarms (Mitteilung eines Falles), von W. E. Jost und R. B. H. Gradwohl-St. Louis. (New York m. J., 4. Nov. 1916.) Primäre Lues des Mastdarms ist selten; Schanker am Anus werden mehr bei Weibern als bei Männern, gewöhnlich nach perversem Geschlechtsverkehr, bei Männern immer nach solchem beobachtet. Sie werden als anale, perianale und rektale klassifiziert. Der perianale Schanker hat Ähnlichkeit mit einer Fissur, und zwar mit einer solchen, die kauterisiert worden ist. Der wirkliche Mastdarmschanker ist sehr selten, 3—4 cm oberhalb des Sphinkter gelegen und wird oft erst bei schon vorhandenen Sekundärerscheinungen durch Spiegeluntersuchung gefunden, wenn nach der vergeblichen Fahndung auf einen Primäraffekt Patient über Schmerzen beim Stuhlgang und rötliche Färbung desselben klagt. Lymphdrüsenschwellung in der Leistengegend ist beinahe regelmäßige Begleiterscheinung in diesen Fällen, wie auch in dem vorliegenden von Verfassern beobachteten, wo Patient bereits drei Monate lang Beschwerden beim Stuhlgang hatte und bei Spiegeluntersuchung

Digitized by Google

oberhalb des Anus ein ausgeprägtes Schankergeschwür aufwies. Die Wassermannsche Reaktion war positiv; Patient gestand, sexuellen Exzessen eines Sodomisten sich ausgesetzt zu haben. Eine Injektion von Arsenobenzol brachte bald Besserung und nach vier Tagen völlige Heilung des Geschwürs. Aus den angeführten statistischen Zusammenstellungen sei noch erwähnt, daß von 1124 Fällen extragenitalen Schankers (nach Fournier) und 135 Fällen (Gaucher) etwa 75% im Gesicht usw. vorkommen.

M. Stern-München.

Zum Spirochätennachweis bei Syphilis, von Thoms. (D. m. W., 1917, Nr. 31.) Zur Einsendung guter Präparate an eine Untersuchungsstelle empfiehlt sich folgendes Verfahren: Nach Reinigen und Entfetten des Objektträgers impft man einen auf diesen gebrachten Tropfen gewöhnlichen Wassers mit dem zu untersuchenden Material, das mit einem kleinen Blechlöffel oder Spatel (nicht Platinöse) entnommen wird und läßt lufttrocken werden. Bringt man später auf die Eintrocknungsstelle einen Tropfen etwas angewärmte physiologische Kochsalzlösung, läßt diese 5—10 Minuten einwirken und verrührt das aufgeweichte Sekret mit einem Glasstäbchen, so gelingt es noch nachträglich, sowohl ein brauchbares Tuschepräparat als ein Dunkelfeldpräparat herzustellen. Im Dunkelfeldpräparat konnten häufig deutliche Bewegungen der Spirochäten festgestellt werden, wie man sie an zum Vergleich herangezogenen frischen lebenden Spirochäten beobachtet. Ob diese Bewegungen als Eigenbewegungen anzusehen sind, sollen weitere Beobachtungen und Versuche klarstellen. E. Brinitzer-Altona.

Über den Spirochätennachweis bei Syphilis, von R. Johan jun. (D. m. W., 1917, Nr. 39.) Empfehlung der Fontanaschen Färbung. (Näheres Derm. W., 1913, Nr. 11, und M. m. W., 1916, Nr. 20.) E. Brinitzer-Altona.

Weitere Beiträge zur experimentellen Syphilis, von P. Uhlenhuth und P. Mulzer. (B. kl. W., 1917, Nr. 27.) Bei systematischer Verimpfung von Blut zahlreicher Syphilitiker der primären, sekundären und tertiären Periode, die außer einer + Wassermannschen Reaktion keinerlei manifeste Erscheinungen ihrer Erkrankung darboten, ergab sich, daß ein Parallelismus zwischen + Wassermannscher Reaktion und einem positiven Ausfall der Blutimpfung nicht zu bestehen scheint. Die Frage, ob + Wassermannsche Reaktion gleichbedeutend ist mit Infektiosität oder nicht, kann nach Ansicht der Verfasser nur auf dem Wege des Tierexperimentes gelöst werden. Die Verimpfung einer Spirochäten enthaltenden Aufschwemmung (3—6 Spirochäten im Gesichtsfeld) gab noch bei einer Verdünnung dieses Ausgangsmaterials von 1 : 10000 einen positiven Impferfolg, bei stärkeren Verdünnungen jedoch nicht. Bei stärkeren Verdünnungen eines spirochätenreichen Ausgangsmaterial verlängert sich die Inkubationszeit; die Intensität der damit bei den geimpften Tieren erzielten syphilitischen Erkrankung nimmt progressiv mit der Verdünnung ab. Bei Verimpfung von Blut florid-syphilitischer Menschen gelang eine Haftung nur, wenn nicht weniger als 1 ccm des unverdünnten Blutes eingespritzt wurde, und nur bei Verwendung von 2 ccm einer Verdünnung von 1 : 100. Verfasser weisen auf die praktische Bedeutung für die Frage der Infektiosität des Blutes bei Operationen an Syphilitikern hin. Bezüglich des Zeitpunkts der Generalisierung der Syphilis nach erfolgter Hodenimpfung haben Verfasser festgestellt, daß bereits acht Tage nach intraskrotaler Impfung eines Kaninchens mit spirochätenhaltiger Hodenaufschwemmung das Virus im Blute und nach 14 Tagen in den inneren Organen nachweisbar ist, also zu einer Zeit, in welcher am geimpften Organ noch keine luetische Manifestation und keine Spirochäten wahrnehmbar sind. Bei Untersuchungen über den Spirochätengehalt der verschiedenen Organe syphilitischer Kaninchen konnten Verfasser außer mit dem Blut bisher nur mit Leber und dem Milzbrei positive Impfungen bei gesunden Tieren erzielen, einmal auch mit Rückenmarkbrei. Hingegen waren die Impfungen mit anderen Organen regelmäßig negativ, speziell auch mit Gehirnbrei. Syphilitischen Menschen entnommenes defibriniertes und bei Zimmertemperatur (Tageslicht) aufbewahrtes Blut kann mindestens 48 Stunden lang infektiös bleiben. E. Klemm-Leipzig.

Die positive Wassermannsche Reaktion als Zeichen der Infektiosität der Lues, von Trinchese. (D. m. W., 1917, Nr. 2.) Eine große Reihe von Überimpfungsversuchen auf Kaninchen (Uhlenhuth, Mulzer, Frühwald u. a.) hat den Beweis erbracht, daß latent syphilitische, positiv nach Wassermann reagierende Patienten infektiös sind. T. hat eine Anzahl von Infektionen bei Frauen beobachtet, hervorgerufen durch Männer, die sich in früh- und spätlatenten Stadien der Lues befanden. Die Infektionsgefahr durch Metaluetiker mit positiver Wassermannscher Reaktion ist anscheinend sehr gering. Erb, Forster und Tomaszewski führen diese Tatsache auf eine biolo-

Digitized by Google

gische Veränderung der Spirochäte des Nervensystems zurück; eine äußerliche Veränderung ist nicht erkennbar. E. Brinitzer-Altona.

Über die Notwendigkeit wiederholter Wassermannreaktionen in der Prostituiertenbehandlung, von Gustav Stümpke-Hannover-Linden. (M. m. W., 1917. Nr. 10.) Stümpke fand bei 110 Prostituierten, die während der Krankenhausbehandlung mehrfach nach Wassermann untersucht wurden, in sieben Fällen ein Umschlagen der bei der Aufnahme negativen Wassermannschen Reaktion. Er fordert deshalb, daß die Prostitutierten nicht nur, wie bisher vielfach üblich, alle $^1/_4$ oder $^1/_2$ Jahre serologisch untersucht werden, sondern erheblich häufiger. Wir werden dadurch wesentlich mehr noch kranke Mädchen einer rechtzeitigen Behandlung zuführen und so manche Infektion verhüten. A. Witte-Bremen.

Erfahrungen mit der Wassermannschen Reaktion in der neurologischen Praxis, von Harald Siebert. (D. m. W., 1917. Nr. 17.) S. registriert die Resultate vergleichender Wassermannscher Reaktionen im Blut und in der Zerebrospinalflüssigkeit bei Lues cerebrospinalis, Tabes, progressiver Paralyse, Epilepsie, Hydrozephalus und konstitutioneller Syphilis. Bei Lues cerebrospinalis war die Wassermannsche Reaktion im Blut in 37% positiv, hingegen im Liquor in 84%. Den negativen Befunden im Liquor entsprechen auch negative Blutbefunde. Bei Tabes war die Wassermannsche Reaktion im Blut in 45% und im Liquor in 92% positiv. In einem Falle war die früher positive Wassermannsche Reaktion im Liquor unter dem Einfluß des Salvarsans negativ geworden, desgleichen hatte sich die Zellvermehrung unter Fortbestehen eines positiven Nonne zurückgebildet, während im Gegensatz zu diesen objektiven Anzeichen der Besserung andere klinische Erscheinungen hervortraten, die früher nicht bestanden hatten, wie gastrische Krisen, heftige Neuralgien usw. Bei progressiver Paralyse war die Wassermannsche Reaktion im Blut bei 98 Fällen 96mal positiv, im Serum 97mal. Eine Veränderung der Wassermannschen Reaktion trat bei progressiver Paralyse durch Behandlung niemals ein, selbst nicht bei den Fällen, in denen klinisch tiefe Remissionen zu beobachten waren. Im allgemeinen dürfte eine negative Wassermannsche Reaktion eine Dementia paralytica ausschließen. Bei Epilepsie waren unter 31 Fällen zwei im Blut positiv und drei in der Zerebrospinalflüssigkeit. In zweien dieser Fälle, in denen Liquor und Serum positiv reagierten, handelte es sich um eine luetische Infektion epileptischer Individuen. Ein vom achten Jahre an epileptischer Mann verlor im Alter von 24 Jahren — die luetische Erkrankung war im 21. Jahre erworben — mit Einsetzen der Erscheinungen der Lues cerebri seine epileptischen Anfälle, ohne daß diese, bei Schwinden der exogenen Infektion, im Laufe von drei weiteren Jahren wieder aufgetreten wären. In zehn Fällen von Hydrozephalus war bei drei Geschwistern die Wassermannsche Reaktion im Blut und Liquor positiv, die übrigen Fälle waren sowohl im Blut wie im Liquor negativ. In der Rubrik „konstitutionelle Syphilis" hat S. „ganz willkürlich" die verschiedensten Krankheitsbilder verzeichnet, bei denen die Syphilis in der Anamnese zugegeben war oder wo der Genauigkeit und Sicherheit halber eine Blut- und Liquoruntersuchung vorgenommen wurde. In 42 solcher Fälle war die Wassermannsche Reaktion im Blut 26mal, im Liquor nur 10mal positiv. In sieben Fällen positiver Reaktion in Liquor war auch die Blut-Wassermannreaktion positiv, die übrigen Fälle zeigten wechselseitiges Verhalten. E. Brinitzer-Altona.

Zur Frage der Zuverlässigkeit der Wassermannschen Reaktion, von A. von Wassermann. (B. kl. W., 1917, Nr. 5.) Eine Antwort auf die in der letzten Zeit verschiedenerseits gegen die Wassermannsche Reaktion gerichteten Angriffe. Verfasser hat 50 Blutproben außer in seinem Institut noch in einem anderen, in dem die Reaktion genau in der gleichen Weise ausgeführt wird wie in dem seinen, unter Gewährleistung völliger Unabhängigkeit der beiden Institute voneinander, untersuchen lassen. Mit Ausnahme von zwei Fällen, in denen ein Institut keine feste Diagnose stellte, sondern sie als zweifelhaft offen ließ, ergaben sich völlig übereinstimmende Resultate. Verfasser hält sich infolgedessen zu der Annahme für berechtigt, daß alle Ergebnisse, welche bei ein und demselben Serum ein verschiedenes Resultat liefern, auf ungleichmäßiges Arbeiten oder auf Verwendung ungleichmäßig eingestellter Reagenzien bei Anstellung der Wassermannschen Reaktion zurückzuführen sind. E. Klemm-Leipzig.

Zur Zuverlässigkeit der Wassermannschen Reaktion bei Syphilis, von A. Freudenberg-Berlin. (B. kl. W., 1917, Nr. 13.) Eine Erwiderung auf Wassermanns Verteidigung seiner Reaktion. Verfasser hält an seiner Ansicht fest, daß die gänzlich unberechtigte Scheu vor der Abgabe des Resultates + eine wichtige Ursache der bei den verschiedenen Untersuchern desselben Blutes auftretenden Divergenzen sei, daß

Digitized by Google

auch die Qualität des Untersuchungsmaterials eine Rolle spiele (eindeutige Fälle geben am seltensten Anlaß zu Divergenzen der Untersuchung) und bestreitet die Behauptung, daß die Schuld der Divergenzen ausschließlich in der Persönlichkeit der Untersucher selbst und in ihrer Methodik liege. Vor allen Dingen sei die verschiedene Valenz der Luesextrakte hier heranzuziehen und außerdem scheint ihm in den Patienten selbst, bzw. ihrem Serum etwas zu liegen, das zum Vorkommen von Divergenzen prädisponiert, da häufig Wiederholungen der Untersuchung, selbst wenn sie nach Jahren erfolgten, bei Patienten, die einmal ein Divergenz verschiedener Untersucher ergaben, immer wieder dazu führten. Verfasser hält sich infolgedessen nach wie vor zur Mahnung zur Vorsicht bei der diagnostischen Verwertung der Wassermannschen Reaktion für berechtigt.
E. Klemm-Leipzig.

Zur Frage der Zuverlässigkeit der Wassermannschen Reaktion, von Julius Heller. (B. kl. W., 1917, Nr. 13.) Verfasser teilt mit, daß die 50 Untersuchungen, auf die sich Wassermann bei der Verteidigung seiner Reaktion stützt, nicht nur Duplexuntersuchungen gewesen, sondern von ihm zu Triplexuntersuchungen gemacht worden sind, und daß mit dem dritten Institut nur 46% vollständige Übereinstimmung stattgefunden hat. Verfasser hofft durch seine Kritik zur Beschleunigung der von Wassermann ins Auge gefaßten Herbeiführung einer Organisation, die übereinstimmende Resultate aller Institute liefern können wird, beizutragen. E. Klemm-Leipzig.

Beitrag zur praktischen Bedeutung der Wassermannschen Reaktion, von Heinrich Lux. (Diss., Straßburg i. E. 1914.) Zusammenfassung über die Erfahrungen mit der Wassermannschen Reaktion in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht. Wenn Verfasser zu dem Schlusse kommt, daß die Reaktion durch das therapeutische Eingreifen wenig beeinflußt wird, so ist entgegenzuhalten, daß die Therapie in den angeführten Fällen zu schwach war. Der Wassermann als eines der hartnäckigsten Symptome der Syphilis bedarf zu seiner Beseitigung einer viel stärkeren Behandlung als die beschriebene. Zum Schlusse macht Verfasser noch vergleichende Untersuchungen über Syphilisextrakt und Lezithin und konnte die Überlegenheit des ersteren feststellen. R. Frühwald-Leipzig.

Welche Bedeutung besitzt die Wassermannsche Reaktion für Diagnose und Therapie der Syphilis? von Finger und Müller. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1917, Nr. 8 u. 9.) Wenn man die für eine genaue serologische Untersuchung angegebenen Vorschriften einhält, wird man jede auch schwache positive Reaktion als eine durch luetische Infektion bedingte Serumänderung auffassen dürfen. Viel wichtiger ist die Beurteilung des negativen Ausfalls. Bei primärer Lues beginnt die Reaktion nie vor der fünften Woche; ausnahmsweise ist sie noch in der achten Woche negativ und zeigt erst nach Auftreten des Exanthems positiven Ausfall. Auch bei sichergestellten Sklerosen soll die Blutuntersuchung vorgenommen werden, da bei positivem Ausfall die Abortion auch bei energischer Hg-Salvarsankur nicht gewährleistet ist und wiederholte Behandlung in solchen Fällen am Platze ist. Bei sekundärer und tertiärer Lues ist die Reaktion nur in Ausnahmefällen (bei isolierten oder nur sehr spärlich disseminierten, meist oberflächlichen Herden; in gewissen Fällen von maligner Lues; bei Rezidiven, die erst kurz nach einer vorausgegangenen Behandlung entstanden sind; bei anämischen und unterernährten Personen, sowie bei Frauen kurz nach der Geburt) negativ. Bei latenter Lues fällt bei der Hälfte der Fälle die Reaktion negativ aus. Bei Tabes wird die Wassermannsche Reaktion des Blutes häufig negativ gefunden; dann muß die Untersuchung des Lumbalpunktates herangezogen werden, das außer der Wassermannschen Reaktion noch andere für Lues typische Veränderungen aufweist. Bei luetischen Gefäßerkrankungen finden sich sehr häufig positive Ausfälle, so daß ein negativer Befund mit großer Wahrscheinlichkeit gegen die luetische Natur der Gefäßerkrankung spricht. Bei Neurorezidiven ist die Blutuntersuchung fast regelmäßig negativ. Wenn bei hereditärer Lues Symptome vorhanden sind, fällt die Reaktion fast immer positiv aus. Kinder luetischer Eltern, die lange Zeit hindurch negativ reagierten, können wohl als gesund betrachtet werden. Eine Ausnahme bilden Kinder luetischer Eltern gleich nach der Geburt; in diesem Falle erhält man fast immer einen negativen Ausfall. Wichtig bei der Wahl der Amme! Von großem Wert ist die Wassermannsche Reaktion für die Luesbehandlung. Unser ganzes Bestreben soll danach gerichtet sein, in Fällen von frischer Lues bis zum Negativwerden der Reaktion zu behandeln. Es soll daher gegen Ende einer Kur von Durchschnittsstärke die Blutuntersuchung gemacht werden und bei noch stark positivem Ausfall die Behandlung so lange fortgesetzt werden, bis noch eine deutliche Beeinflussung der Reaktion zu konstatieren ist. Nach den gemachten Er-

Digitized by Google

fahrungen soll aber die negative Wassermannsche Reaktion uns nicht abhalten, vor einer chronisch intermittierenden Behandlung durch 2—3 Jahre hindurch. — Bei Krankheitssymptomen der Spätperiode, von gummösen Erkrankungen abgesehen, ist die spezifische Therapie leider oft nicht imstande, zu helfen. Bei Gummen ist nach Wiederholung der Kur oft andauernd negative Reaktion zu erzielen. Bei veralteten Fällen von latenter Lues mit positivem Blutbefund wird man sehr individualisieren müssen. Wenn die Seroreaktion deutliche Abnahme zeigt, so ist die Kur mit entsprechenden Pausen fortzusetzen, eventuell bis zum negativen Ausfall. Bei späterem Wiederanstieg der Reaktion ist die Kur zu wiederholen. Wird aber die Reaktion nicht beeinflußt, so soll von einer energischen, für den Organismus sicher nicht ganz gleichgültigen Kur abgesehen werden. Soll vom Standpunkt der psychischen Beeinflussung doch behandelt werden, so wird man nur ganz milde Kuren machen. E. Brinitzer-Altona.

Wassermannsche Reaktion, von Rouchèse. (Presse méd., 1917, Nr. 70.) R. verwendet das Serum in aktivem Zustand, ein auf Menschenblut eingestelltes hämolytisches System, und titriert in jedem Falle die benötigte Ampozeptormenge aus, um so die Fehlerquelle zu vermeiden, die durch den großen Unterschied im Komplementgehalt der einzelnen Sera gegeben ist. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Ein Versagen der Wassermannschen Reaktion, von I. Oestreicher. (D. m. W., 1917, Nr. 26.) O. teilt zwei Fälle von tubero-serpiginösen Syphiliden im Gesicht mit, bei denen jeder anamnestische Anhalt fehlte und bei denen die Wassermannsche Reaktion ein negatives Resultat ergab. Auf Jod gingen die Erscheinungen prompt zurück. Daraus ergab sich die Nutzanwendung, daß die klinische Beobachtung immer noch in erster Reihe steht. O. nimmt an, daß das Versagen der Wassermannschen Reaktion bei den beschriebenen Fällen sich vielleicht so deuten lasse, daß die außerordentlich geringe Menge des spezifischen Virus, welches bei der Infektion übertragen wird, wohl imstande ist, früher oder später auf die Haut des Erkrankten vereinzelte syphilitische Erscheinungen hervorzurufen, im Blute aber keine Toxine sich bilden läßt, die eine Einwirkung auf die Wassermannsche Reaktion herbeiführen können. E. Brinitzer-Altona.

Zur Frage der Spezifität der Wassermannschen Reaktion: Tumor- und Narkosesera, von Erich Sonntag. (D. m. W., 1916, Nr. 51/52.) Bei systematischer Durchprüfung von 125 Tumor- und 100 Narkosesera mit der Wassermannschen Reaktion ergab sich folgendes Resultat: Tumor- und Narkosesera ergeben keinen spezifischen Ausschlag. Die gegenteiligen Behauptungen sind durch Fehler in der Methodik oder durch Übersehen gleichzeitiger Syphilis zu erklären; höchstens darf vereinzeltes Vorkommen angedeuteter Ausschläge bei Tumoren (anscheinend nur in extremis) und bei Narkose als möglich bezeichnet werden. E. Brinitzer-Altona.

Vier interessante Syphilisfälle und eine Bemerkung zur Wassermannschen Blutprobe, von Maximilian von Zeissl. (B. kl. W., 1916, Nr. 44.) Ein Fall, bei dem kurze Zeit nach längerer Hg-Behandlung mit erzielter — Wassermannscher Reaktion vor beabsichtigter Verheiratung wieder syphilitische Manifestationen und + Wassermannsche Reaktion aufgetreten waren, erscheint Verf. dafür lehrreich, daß wir uns nie mit einer einzigen Wassermannprobe begnügen dürfen. Verf. hält es für zweckmäßig, Heiratskandidaten, wenn durch $1^1/_2$—2 Jahre die Wassermannprobe sowohl des Blutes als der Punktionsflüssigkeit des Rückenmarksackes stets negativ ausgefallen war, noch zwei oder drei Salvarsaninjektionen machen zu lassen. Die anderen drei Fälle betrafen Kinder, eins mit Primäraffekt und zwei erbsyphilitische. E. Klemm-Leipzig.

Die technischen Fehler bei der Wassermannschen Reaktion, von Lerredde und Rubinstein. (Presse méd., 1918, Nr. 9.) Nichts Neues.
M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Kritik der Methodik der Wassermannschen Reaktion und neue Vorschläge für die quantitative Messung der Komplementbindung, von Kaup-München und Kretschmer. (M. m. W., 1917, Nr. 5.) Die Arbeit stellt die vorläufige Mitteilung einer bei Lehmann-München erscheinenden ausführlicheren Schrift dar. Verfasser werfen der Original-Wassermannmethode vor, daß sie den Komplementtiter nicht beachtet; sie arbeitet meist mit dem 2—5fachen jener Komplementmenge, die für die komplette Lyse erforderlich ist. Daraus erklären sich auch die abweichenden Ergebnisse von Untersuchungen, die von verschiedenen Instituten am gleichen Material vorgenommen werden. Die genaue Methode, wie sie von den Verfassern vorgeschlagen wird, ist in der Mitteilung nachzulesen. A. Witte-Bremen.

Über die Wassermannsche Reaktion im normalen Menschenserum, von Friederike Krauss. (Biochem. Zschr., 1915.) Die Untersuchungen der Verfasserin

Digitized by Google

ergaben keinen Anhaltspunkt dafür, daß durch die verschiedenartige Behandlung von normalen Seren in diesen neue Stoffe entstanden sind, die eine Komplementbindung im Sinne der Wassermannschen Reaktion geben. Die Stoffe, die komplementbindend wirken, sind bereits in den unveränderten normalen Seren vorhanden, werden jedoch durch antagonistische Stoffe verdeckt. Die das Serum verändernden Eingriffe beeinflussen dasselbe derart, daß sie die Wirkung der antagonistischen Stoffe ausschalten; sie bedingen jedoch keine Vermehrung der komplementbindenden Stoffe der normalen Sera, denn diese finden sich in unveränderten Seren, die keine Komplementbindung geben, quantitativ in derselben Menge wie in jenen, in denen die komplementbindende Fähigkeit durch Behandlung erzeugt wurde. Die luetischen Sera jedoch weisen diese Stoffe in quantitativ vermehrter Menge auf und in einer hitzebeständigen Modifikation. So stehen also diese zu denen der normalen Sera in derselben Beziehung wie normale Antikörper zu Immunantikörpern. Die Antikörpernatur der komplementbindenden Stoffe luetischer Sera kann daher in keiner Weise irgendwie angezweifelt werden.

K. Boas-Rostock.

Eintausend Wassermannsche Reaktionen, von John M. Ladd-Indianapolis. (New York m. J., 11. Nov. 1916.) Von den tausend Fällen betrafen 42,5% poliklinische, 44,9% Krankenhaus- und 12,6% Privatpatienten. Bei vergleichender Übersicht über die zwei Rassen war L. erstaunt, zu finden, daß der Prozentsatz der positiven Reaktion in der weißen Bevölkerung um 6,1% (in der poliklinischen Praxis) größer war als in der farbigen, und glaubt dies darauf zurückführen zu können, daß erstere viel häufiger ärztlichen Rat aufsucht und die Behandlung auch mit mehr Ausdauer fortsetzt als die Farbigen. Genaueres besagen die beigegebenen statistischen Tabellen.

M. Stern-München.

Über die Wassermannsche Reaktion im Blutserum, Bauchhöhlenflüssigkeit und Harn eines und desselben Kranken, von J. Kostrzewski. (Zbl. f. Bakt., Bd. 80, H. 7.) Es wird ein Fall von positiver Wassermannscher Reaktion im Harn eines Kranken beschrieben, dessen Serum, abermals untersucht, dieselbe stark positiv zeigt. Histologische Untersuchungen scheinen für ein spezifisches Nierenleiden zu sprechen; die Globuline des Blutserums wirken stärker komplementablenkend, als die des Harns und der Bauchhöhlenflüssigkeit desselben Kranken. Die bei der Ausführung der Wassermannschen Reaktion störende Eigenhemmung des Harns läßt sich durch Neutralisation des Harns nur teilweise beheben; um sie gänzlich auszuschalten, ist dazu noch ein gewisser Grad der Harnverdünnung notwendig. Inwiefern die physikalischen oder die chemischen Eigenschaften des Harns bei der Eigenhemmung wirksam sind, wurde nicht näher untersucht.

O. Gäns, z. Z. Karlsruhe.

Über die Veränderung der hämolytischen Komponenten, besonders des Komplements im Blutserum der Syphilitiker, von V. Kafka und Haas. (M. Kl., 1916, Nr. 50.) Die vorliegende Arbeit ist eigentlich nur eine vorläufige Mitteilung und Ankündigung einer ausführlichen Arbeit der beiden Autoren über das Verhalten — d. h. das Fehlen bzw. die Veränderung — hämolytischer Komponenten im Blutserum Syphilitischer. Die Verfasser polemisieren gegen die Mandelbaumsche Arbeit, in der behauptet wird, daß der Komplementgehalt im frischen, sofort nach der Gerinnung untersuchten Menschenserum stets der gleiche ist, daß ferner — während Normalsera auch nach 24 Stunden Eisschrank fast den gleichen Komplementtiter haben — gewisse pathologische Sera ihn während dieser Zeit einbüßen. Unter diesen Fällen stehen neben schweren körperlichen Erkrankungen Luesfälle im Vordergrund, wobei nach Mandelbaum 55% Wassermannpositive Sera Analexie zeigen. Diese Angaben glauben die Verfasser durch das Zahlenmaterial, das sie aus ihren, besonders bei hereditär-luetischen Individuen angestellten Untersuchungen gewonnen haben, widerlegen zu können. Sie geben aber zu, daß Mandelbaums Behauptungen, auch wenn sie sich nicht als durchweg richtig herausstellen sollten, doch Beachtung und ernste Nachprüfungen verdienen.

O. Lasch-Breslau.

Über die Zerstörung der Funktion alkoholischer Extrakte bei der Wassermannschen Reaktion durch Kobragift. (Zugleich ein Beitrag zur Theorie der Extraktwirkung bei der Wassermannschen Reaktion.) Von Ernst Nathan-Frankfurt a. M. (Zschr. f. Immun., Bd. 26, H. 2.) Die Angaben von Hirschfeld und Klinger, daß bei manchen Seren eine Zerstörung der antigenen Funktion des alkoholischen Extraktes durch Kobragift nachweisbar ist, die sich sicher von hämolytischen Kobragiftwirkungen differenzieren läßt, wird bestätigt. Die extraktzerstörende Funktion des Kobragiftes ist dadurch charakterisiert, daß sie sowohl bei 37° als auch bei 0° wirksam ist, daß sie

Digitized by Google

durch halbstündiges Erwärmen im Wasserbad auf 100° nicht zerstört, daß sie durch Cholesterin in ihrer Wirksamkeit begünstigt wird. Die extraktzerstörende Funktion des Kobragiftes verhält sich also in allen untersuchten Punkten der Lezithinasefunktion des Kobragiftes analog, so daß es am naheliegendsten sein dürfte, die beiden erwähnten Funktionen des Kobragiftes zu identifizieren und auch für die extraktzerstörende Funktion des Kobragiftes die in ihm enthaltene Lezithinase verantwortlich zu machen. Ob bei der Extraktzerstörung die charakteristische Extraktfunktion direkt durch das Kobragift zerstört wird, oder ob die unter dem Einfluß der fermentativen Kobragiftwirkung gebildeten freien Fettsäuren erst ihrerseits eine Zerstörung der charakteristischen Extraktbestandteile bewirken, bzw. durch die Veränderung der Reaktion lediglich antireaktiv den Mechanismus der Komplementbindung hemmen, konnte experimentell nicht entschieden werden. Es gelingt nur unter ganz bestimmten Versuchsbedingungen, eine Aufhebung der Extraktfunktion unter dem Einfluß des Kobragiftes nachzuweisen. Das Eintreten oder Ausbleiben einer Extraktzerstörung ist abhängig von der biochemischen Eigenart des Extraktes und der Eigenart der geprüften syphilitischen Sera. Näheres im Original. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Konservierung des Serums für die Wassermannsche Reaktion, von E. H. Ruediger. (Philippine J. of science, Jan. 1916.) Formalin ist kein geeignetes Konservierungsmittel für das Serum, da es dessen komplementbindende Kraft verringert. Dagegen hält ein Zusatz von Glyzerin das Serum steril, ohne den Reaktionsausfall wesentlich zu beeinflussen. R. Frühwald-Leipzig.

Über den Einfluß verschiedener Serumarten auf die Inaktivierbarkeit des Meerschweinchenkomplements durch Kobragift, von Ernst Nathan-Frankfurt a. M. (Zschr. f. Immun., Bd. 25, H. 3.) Bestätigung der Angaben von Omorokow, wonach die antikomplementäre Wirkung des Kobragiftes von der Konzentration des Meerschweinchenserums abhängig ist. Dabei zeigte sich, daß bei einer fünffachen Verdünnung des Meerschweinchenserums noch eine völlige oder fast völlige Inaktivierung des Komplements durch Kobragift gelang, während bei einer 10—25fachen Verdünnung des Meerschweinchenserums die Inaktivierung ausblieb, so daß bei diesen Konzentrationen der Komplementgehalt quantitativ erhalten war. Wurden zu anderen Verdünnungen des Meerschweinchenserums jedoch verschiedenartige Sera zugesetzt, so kam es zu einer so ausgeprägten Verstärkung der antikomplementären Wirkung des Kobragiftes, daß eine völlige oder fast völlige Aufhebung der Komplementfunktion resultierte. Am stärksten wirksam erwies sich dabei der Zusatz von Hammelserum, danach folgte Menschen-, Meerschweinchen- und Rinderserum. Bei Benutzung von Menschen- bzw. Hammelserum genügte noch ein Zusatz von 0,003 bzw. 0,002 ccm Serum zu einer 20fachen Verdünnung des Meerschweinchenserums, um zu einer fast völligen Aufhebung der Komplementfunktion zu führen. Die Bedeutung dieser Befunde für die Theorie der antikomplementären Kobragiftwirkung wird besprochen. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Die „Reaktivation" der Wassermannschen Reaktion durch Einspritzungen von Schwefel und Quecksilber, von André Beegron und Camille Jouffroy. (Presse méd., 1917, Nr. 24.) Zunächst betonen die Verfasser, daß sie die klassische Wassermannsche Reaktion für die sicherste Methode halten. Unter „Reaktivation" der Wassermannschen Reaktion verstehen sie das Umschlagen der negativen in die positive durch Behandlung mit schwach wirkenden Mitteln. Die Arsenikalien halten sie für diesen Zweck ungeeignet. Als Injektion wird verwandt $^1/_4$ mg Schwefel und 1 mg kolloidales Quecksilber in 1 ccm Flüssigkeit verteilt; dieselbe Injektion nach drei Tagen. Dann folgen noch drei Injektionen mit der doppelten Dosis, jedesmal mit drei Tagen Zwischenraum. 14 Tage nach dieser milden Behandlung Blutuntersuchung nach Wassermann; falls negativ, nach weiteren 14 Tagen eine zweite Blutuntersuchung; eventuell nach acht Tagen noch eine Untersuchung; länger als sechs Wochen zu warten ist zwecklos. In vielen derartig behandelten Fällen sahen die Verfasser die negative Wassermannsche Reaktion positiv werden. A. Witte-Bremen.

Über die Absorption des Wassermannschen Reaktionskörpers durch Organemulsionen, von Max Mundt. (Diss., Greifswald 1914.) Die komplementbindenden Stoffe luetischer Sera können von Organzellen gebunden werden. In der vorliegenden Arbeit werden die Bedingungen untersucht, unter denen diese Bindungskraft eintritt oder aufgehoben wird. R. Frühwald-Leipzig.

Über den Einfluß der Seruminaktivierung bei der Wassermannschen Reaktion, von Erwin Stilling. (B. kl. W., 1917, Nr. 11.) Verf. ist zu seinen Untersuchungen geführt worden durch den Wunsch, durch eine geringere Hitzeeinwirkung auf die zu

Digitized by Google

untersuchenden Serumproben eine Verschärfung der Wassermannschen Reaktion zu erhalten. Er hat sich zunächst darauf beschränkt, die Folgen einer verschieden langen Einwirkung der gleichen Temperatur von 55—56° zu ermitteln. Die Erfahrungen des Verfasser rechtfertigen aber den Schluß, daß zwar die Gefahr unspezifischer Reaktionen bereits durch nur 5 Minuten langes Erwärmen im allgemeinen beseitigt wird, daß jedoch eine derartige Verkürzung der Inaktivierungsdauer durchaus nicht zu einer höheren Empfindlichkeit der Methode führen muß. Unter den Bedingungen der Versuche des Verf. hat sich sogar gezeigt, daß schwach positive Reaktionen derart dem Nachweise entgehen können, und so erscheint es für die Praxis der Wassermannschen Reaktion, auch im Interesse der Empfindlichkeit der Methode, nicht empfehlenswert, die Dauer der Seruminaktivierung unter eine halbe Stunde herabzusetzen. E. Klemm-Leipzig.

Hamsterkomplement an Stelle von Meerschweinchenkomplement bei der Wassermannschen Luesreaktion, von Reinhardt und Celler-Leipzig. (M. m. W., 1916, Nr. 39.) Bei der augenblicklichen Seltenheit und dem hohen Preise der Meerschweinchen wird als Ersatz der Hamster empfohlen. Die Tiere lassen sich in betonierten Bojen, die oben vergittert sind, gut halten. Man kann einem Tiere 5—6 ccm Blut aus der Karotis entnehmen; die Karotis wird unterbunden und die Wunde vernäht. Die Tiere überstehen die Operation gut. Vergleichende Untersuchungen haben ergeben, daß die Resultate die gleichen sind, wie mit Meerschweinchenkomplement.

A. Witte-Bremen.

Eine einfache und Meerschweinchen ersparende Methode zur Komplementgewinnung, von Hans Bontemps. (M. m. W., 1917, Nr. 41.) Das Meerschweinchenohr wird mit Äther abgerieben, dann parallel zum Ohrrande durch die Ohrvene ein kleiner Schnitt geführt. Zum Absaugen benutzt Bontemps einen Glassaugkolben mit Wasserstrahlluftpumpe, wie er zum Aussaugen von Bakterienextrakten durch den Berkefeldfilter gebraucht wird. Ein großes Meerschweinchen gibt 12—15 ccm Blut und kann alle 14 Tage wieder gebraucht werden. Das so gewonnene Serum ist einwandfrei und zeigt nie hammelbluthämolysierende Stoffe, wie sie nach mehrfach wiederholten Herzpunktionen so oft auftreten. A. Witte-Bremen.

Über die Brauchbarkeit der v. Dungernschen vereinfachten Methode der Wassermannschen Reaktion für die Syphilisdiagnostik, von Erich Sonntag-Leipzig. (M. Kl., 1916, Nr. 52.) Bei der Wichtigkeit der Frage, ob die v. Dungernsche Methode der serologischen Syphilisdiagnose der Wassermannschen an Zuverlässigkeit gleichkommt, sind Arbeiten wie die vorliegende von Sonntag von großem Werte. Sonntag gibt zu, daß die v. Dungernsche Methode so wenig kompliziert ist, daß sie ohne wesentliche Kosten und Apparat von jedem Arzte, mindestens jedem Krankenhausarzte, vorgenommen werden kann. Bei dem großen Widerspruch, der über den Wert, d. h. besonders die Zuverlässigkeit der Methode in den zahlreichen Veröffentlichungen — Literaturangabe am Schlusse der Arbeit — zu finden ist, hat Sonntag in 100 Fällen die v. Dungernsche Methode mit peinlich genauer Befolgung der Vorschriften nachgeprüft. Er schildert erst das Verfahren bei der Methode, bespricht dann die einzelnen Punkte, die nach seiner Ansicht dieselbe weniger zuverlässig machen (z. B. die Verwendung aktiver Blutsera, die geringe Schärfe des Normal-Extraktes gegenüber dem syphilitischen Fötal-Leberextrakte usw.) und kommt — eine ausführliche Wiedergabe seiner Untersuchungen würde zu weit führen — zu folgenden Schlüssen: 1. die v. Dungernsche vereinfachte Methode zeigt gegenüber der Originalmethode bei vergleichenden Untersuchungen in 100 Fällen zwei schwerwiegende Nachteile: a) sie versagt in einer Reihe von positiven Fällen, besonders bei gewissen Fällen von noch nicht generalisierter, behandelter oder latenter Lues, d. h. Fällen mit geringer Reaktionsfähigkeit. Der negative Ausfall der v. Dungernschen Methode kann daher nicht als entscheidend gegen die Diagnose „Syphilis" angesehen werden; b) sie zeigt in einer Reihe von Fällen fragliche Resultate; es dürfen daher nur Resultate berücksichtigt werden bei zahlreichen Kontrolluntersuchungen der verwendeten Sera usw. und bei Ausführungen nach peinlich genauer Befolgung der Vorschrift, durch geübte und serologisch erfahrene Untersucher. Damit aber dürfte der Wert der Vereinfachung etwas problematisch sein. 2. Die v. Dungernsche Methode zeichnet sich zwar aus durch große Einfachheit, darf aber mit Rücksicht auf die verminderte Leistungsfähigkeit (Versager) und Unsicherheit (fragliche Resultate) nicht als allein entscheidend verwandt werden, sondern nur neben der sorgfältig ausgeführten Originalmethode. Sie sollte höchstens zur schnellen Orientierung in dringenden Fällen Anwendung finden, aber auch in diesen besonders bei jeder wichtigen Entscheidung namentlich bei positivem Ausfall die Originalmethode nachgeholt werden. 3. Die

Digitized by Google

v. Dungernsche Methode kann für die allgemeine Praxis nicht ohne weiteres empfohlen werden, sondern es ist dem praktischen Arzte anzuraten, lieber die serologische Untersuchung auf Syphilis in einem zuverlässigen Spezialinstitut mittels der Originalmethode ausführen zu lassen. Das sehr ausführliche Literaturverzeichnis ist für jeden, der sich mit der Frage beschäftigt, sehr wertvoll. O. Lasch-Breslau.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über die Entwicklung und den Wechsel der Haare beim Meerschweinchen, von Alfred Segall. (Arch. f. mikr. Anat., Bd. 91, Abt. I.) Die Möglichkeit, den Vorgang des Haarwechsels durch vergleichende Untersuchungen am Tier zu studieren, war bisher nur eine recht begrenzte, denn die Untersuchung scheiterte an den technischen Schwierigkeiten, welche die Tierhaut durch ihre starke Behaarung dem Mikrotommesser entgegensetzte. Die von dem Berliner Zoologen A. Segall angewandte und beschriebene Methode hat diese Schwierigkeit beseitigt. Segall entfernte die Haare, soweit sie über die Oberfläche hinausragten, durch Aufstreichen von Baryum sulfur. und machte hierdurch sowie durch die nachfolgende Behandlung die Hautstücke schneidbar. Die Untersuchung ist an Meerschweinchen vorgenommen und zeigt zum ersten Male in ganz vorzüglichen Bildern und in lückenloser Darstellung den Vorgang des Haarwechsels. Unter Anwendung der vom Verfasser beschriebenen Methoden wird es nunmehr besser möglich sein, Untersuchungen auch an anderen Tieren vorzunehmen, und das ist nicht zuletzt auch für die Beurteilung der analogen Vorgänge beim Menschen und auch für die Therapie von Bedeutung, da es nicht unwahrscheinlich ist, daß die Vorgänge beim Menschen und beim Tier sich in den wesentlichen Grundzügen decken. Die bisherigen Untersuchungen an menschlicher Haut konnten nicht als ganz einwandfrei gelten, denn sie wurden naturgemäß an Leichenteilen vorgenommen, die infolge der postmortalen Veränderungen keine zuverlässigen Bilder ergeben konnten.

Die Ergebnisse der interessanten, aus dem Anatomisch-Biologischen Institut der Berliner Universität hervorgegangenen Arbeit bringen u. a. die Entscheidung über die interessante Frage des Verhaltens der Papille beim Haarwechsel. So wurde fast allgemein bisher angenommen, daß, wenn das Haar ausfällt, die Papille des alten Haares ein neues Haar hervorbringt, und die Therapie war denn auch bisher darauf gerichtet, die alte Papille zur Produktion des neuen Haares anzuregen. Stieda hat diese Darstellung des Vorganges in seiner 1910 erschienenen Arbeit „Untersuchungen über die Haare des Menschen" (Anatomische Hefte, Bd. 40) bereits angezweifelt, aber einen von der herrschenden Lehrmeinung als richtig anerkannten Beweis für seine eigene Darstellung vermochte er nicht zu erbringen. Segall hat nun feststellen können, daß der Modus des Vorganges beim Haarwechsel in den verschiedenen Körperregionen verschieden ist. In der Tat wird an manchen Stellen des Körpers das neue Haar von der alten Papille aus gebildet, während an anderen Stellen nach Ausfallen des alten Haares die alte Papille zugrunde geht und eine völlig neue Papille entsteht, die dann ein neues Haar produziert.
A. Buschke-Berlin.

Verschiedenes.

Der Pariser Stadtrat hat im Hôpital Saint-Louis Abendsprechstunden für Geschlechtskranke eingerichtet und hierfür die Summe von 20730 Francs bewilligt.

Dr. Henry W. Stelwagon ist von seiner Lehrtätigkeit am Jefferson Medical College in Philadelphia zurückgetreten. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

21. September 1918 | Nr. 38 | Band 67

Aus dem dermatologischen Institut von Prof. A. Blaschko in Berlin.

Lugolsche Lösung zur Feststellung der Tripperheilung.

Von

Dr. B. G. Gross in Charlottenburg.

Die Arbeit von Dr. J. Odstrčil „Über die provokatorische Wirkung der Joddämpfe usw." (Derm. W., 1918, Nr. 25) veranlaßt mich, auf ein Provokationsverfahren hinzuweisen, das von uns seit längerer Zeit mit gutem Erfolg angewendet wird.

Während Dr. Odstrčil das Jod „in statu nascendi" in Form von Joddämpfen verwendet und dabei feststellen konnte, daß in 61 % der Fälle der trotz Anwendung der mannigfachsten Reizungsmittel (1,5—3 %ige Lapis- und Kupferlösung, 1—3 %ige Albargin- und Protargollösung, Sondenmassage, Vakzination) mehrmalige negative Gonokokkenbefund durch die Joddämpfe neuerdings positiv wurde, haben wir das Jod in einer viel einfacheren Applikationsform, nämlich als Lugolsche Lösung zur Provokation angewandt, worüber ich in Nachfolgendem kurz berichten möchte.

Zunächst einige allgemeine Bemerkungen: Das wichtigste an der ganzen Frage der Provokation ist m. E. die Erwägung, wann überhaupt die Reizung vorgenommen werden soll. Beginnt man mit derselben zu frühzeitig, so reizt man die bereits in Abheilung begriffene Schleimhaut und bringt durch die Schädigung derselben die absterbenden Gonokokken zum oft sehr heftigen Aufleben. Die Fälle, in denen infolge zu frühzeitiger Provozierung der bis dahin milde verlaufende Tripper äußerst akut wieder einsetzt und zu schweren und schwersten Komplikationen führen kann, sind nicht so selten. Aber auch aus einem anderen Grunde halte ich es für falsch, wenn bereits 4—5 Tage nach Aussetzen der lokalen Behandlung und Abklingen aller Erscheinungen die Provokationen vorgenommen werden. Ebenso wie es zweifellos Tripper gibt, die eine Inkubationszeit bis 21—24 Tage haben, besteht auch die Möglichkeit, daß ein scheinbar geheilter Tripper sich im Laufe derselben Zeit wieder bemerkbar machen kann, wenn dieses auch zu den selteneren Fällen gehören mag. Nimmt man als durchschnittliche Inkubationszeit des Trippers 5—8 Tage an, so muß man mindestens den gleichen Zeitraum, am besten aber 14 Tage nach Aufhören aller Symptome und Aussetzen der örtlichen Behandlung abwarten, ehe man zu den wirklich Nutzen versprechenden Provokationsmethoden übergeht.

Selbstverständlich kann man dem Patienten inzwischen bereits Alkoholgenuß gestatten; diese wenig zuverlässige Reizung bewirkt m. E. nur dann ein erneutes Aufflackern der Gonorrhoe, solange sich diese noch im höchstens subakuten Stadium befindet.

Digitized by Google

Das Einführen von Knopfsonden, die Instillationen von stärker konzentrierten Argentum- und Kupferlösungen (1—3 %) sind wenig nutzbringend, sie bereiten dem Patienten oft sehr heftige Beschwerden, haben jedoch für die Entscheidung der Frage, ob der Tripper bereits geheilt ist, wenig praktischen Wert.

Von größerem Nutzen sind die Impfungen mit Gonokokkenvakzinen. Wir haben dieselben zu provokatorischen Zwecken ausschließlich intramuskulär ausgeführt, da die intravenösen Injektionen bei ambulanter Behandlung doch nicht ganz ungefährlich sind, und die geringen Schmerzen, welche die Patienten haben, den oft hoch fieberhaft verlaufenden intravenösen Einspritzungen als kleineres Übel vorzuziehen sind. Gleichzeitig mit der Vornahme dieser Impfungen haben wir lokale Reizungen, wie Prostata-Samenblasenmassagen, Massagen der vorderen und, falls erforderlich, der hinteren Harnröhre vorgenommen. Daß jede örtliche Behandlung wie Spülungen oder von dem Patienten selbst vorgenommene Einspritzungen während dieser Provokationszeit ausgesetzt werden müssen, ist selbstverständlich; nur so gelingt es, ein klares Bild zu gewinnen.

Uns ist es nun in einer größeren Zahl von Fällen gelungen, bei Patienten, die anderweitig als geheilt entlassen waren, wie auch bei Patienten, die trotz Anwendung der verschiedensten Provokationen von uns, scheinbar völlig geheilt waren, durch Lugolsche Lösung erneut Sekret mit Gonokokken zu erzielen. Wir wandten die 5—2fache Verdünnung der offizinellen Sol. Lugoli[1]) an.

Prof. Blaschko hatte — ausgehend von der guten Wirkung des Jods bei chronischen Rachenkatarrhen — die Lösung als gutes Mittel bei der nichtgonorrhoischen Urethritis vielfach mit Erfolg angewandt, und auf Grund dieser Erfahrungen haben wir sie dann sowohl bei hartnäckiger Gonorrhoe mit positivem Gonokokkenbefund als auch bei postgonorrhoischen Katarrhen gebraucht. Dabei zeigte es sich in mehreren Fällen, in denen der gonorrhoische Prozeß abgeklungen schien, daß nach Applikation der Lugolschen Lösung wiederum Gonokokken im Sekret auftraten. Wir haben deshalb weiterhin die Lugolsche Lösung zur Provokation regelmäßig verwandt.

Aus einer größeren Zahl so behandelter Fälle möchte ich folgende drei als charakteristisch hervorheben:

1. Patient befand sich wegen angeblicher Urethritis non gonorrhoica seit etwa $1^1/_4$ Jahren anderweitig in Behandlung. Als er in unsere Behandlung trat, entleerte sich auf leichten Druck aus der Harnröhre reichliches weißlichgraues Sekret; weder in diesem, noch in dem an mehreren aufeinanderfolgenden Tagen gewonnenen Sekret waren Gonokokken nachzuweisen; das Sekret enthielt zahlreiche Leukozyten, mäßige Mengen Epithelien. Nach Injektion obenerwähnter verdünnter Lugolscher Lösung (5 ccm in die vordere Harnröhre $^1/_2$ Minute lang) war tags darauf das Sekret spärlich. Patient erklärte, derart geringen Ausfluß seit Beginn seiner Erkrankung nicht gehabt zu haben — mikroskopisch enthielt es zahlreiche intrazelluläre Gonokokken. Auf eine zweite gleichartige Injektion am nächsten Tage reichliches, gelbliches Sekret mit mikroskopisch zahlreichen Gonokokken.

2. Patient — Soldat — war wegen Trippers sechs Monate in einem Lazarett; er wurde, nachdem dort seit über drei Wochen mit der lokalen Therapie ausgesetzt und während dieser Zeit außer Dehnungen wiederholt teils intramuskuläre, teils intravenöse Arthigoninjektionen vorgenommen waren, als geheilt entlassen.

[1]) Tinct. jodi 20,0, Kali. jodat. 5,0, Aqu. dest. ad 100,0.

Digitized by Google

Da er früher bereits wegen eines anderen Leidens in unserer Behandlung gewesen war, kam er zu uns mit der Bitte um Feststellung, ob er auch wirklich geheilt sei. Aus der Harnröhre entleerte sich auf Druck eine wässerige, weißliche, mikroskopisch gonokokkenfreie Flüssigkeit. Nach Einspritzung der verdünnten Lugolschen Lösung am nächsten Tage reichliches, gelbes Sekret, das mikroskopisch zahllose intrazelluläre Gonokokken auswies.

3. Bei einem anderen Patienten zeigte sich folgendes:

Dieser war wegen Gonorrhoe mit Arthritis gonorrhoica des rechten Handgelenkes im Lazarett behandelt und vor ungefähr $^1/_4$ Jahr als geheilt entlassen worden. Er kam wegen einer noch übriggebliebenen, angeblich postgonorrhoischen Harnröhrenreizung in Behandlung. Befund war folgender: geringes, nur auf stärkeren Druck zu entleerendes Harnröhrensekret, in der ersten Urinportion geringe Filamente, zweite und dritte Portion klar. Mikroskopisch vorwiegend Epithelien, geringe Mengen Leukozyten. Prostatasekret o. B. nach mehrfachen intramuskulären Arthigoninjektionen ($^1/_2$, 1, $1^1/_2$, 2 ccm), nach Dehnungen der vorderen Harnröhre mit dem Kollmannschen Dehner bis 38 Charrière keine besonderen Veränderungen des mikroskopischen Bildes. Nach Injektion verdünnter Lugolscher Lösung am nächsten Tage reichliches, gelblichweißes Sekret, das mikroskopisch zahlreiche intrazelluläre Gonokokken enthielt.

Steigert man in der folgenden Zeit die Konzentration der Lugolschen Lösung allmählich, so gelingt es in den meisten Fällen, die Gonorrhoe zur Ausheilung zu bringen. Nun liegt ja dann wieder der Einwand nahe, daß die Urethralschleimhaut sich auch an diese Lösung gewöhnt habe, und daß doch noch Gonokokken in der Tiefe verborgen sein können. Aber der Verlauf mehrerer längere Zeit sorgfältig beobachteter Fälle hat gezeigt, daß es sich um wirkliche Heilung handelt. Ich will nun nicht behaupten, daß diese Lösung den übrigen örtlichen Provokationsmethoden überlegen sei; dazu gehören umfangreiche vergleichende Massenbeobachtungen, aber an ihrer äußersten Wirksamkeit ist nach unseren Erfahrungen kein Zweifel, und vor allem wegen ihrer überaus einfachen Applikationsweise ist sie als Methode insbesondere der Odstrčilschen sicherlich vorzuziehen.

Zur Frage des Exanthema folliculare acneiforme.

Von

Prof. Dr. Carl Mense, Cassel.

In Nr. 31, 1917 dieser Wochenschrift beschreibt v. Veress ein von ihm mit der obigen Bezeichnung belegtes Krankheitsbild bei Soldaten im Felde. In Nr. 20, 1918 bestätigt Sprinz seine Darstellung von Aussehen und Verlauf des Leidens, nimmt aber als Entstehungsursache neben mangelhafter Hautpflege, Reizung selten gewechselter Kleidung und ähnlichen schädigenden Einflüssen nicht Blutarmut oder übermäßigen Fleischgenuß an, wie v. Veress, sondern Reizungen chemischer Natur, z. B. Kriegsseife, Seifenpulver und schlecht gewordene Salbengrundlagen.

Mir sind in der letzten Zeit zahlreiche Fälle von akneähnlichem, auf die Haarbälge beschränktem Hautausschlag zu Gesicht gekommen, welche der erste Beschreiber völlig zutreffend so benannt hat.

Meine Kranken kann ich in der Hauptsache in zwei Gruppen einteilen:

Die erste Gruppe umfaßt Arbeiter der Rüstungsbetriebe. Sitz der Erkrankung sind bei diesen vorwiegend die Arme, besonders die Streckseite der Unterarme, welche mit Schmieröl in Berührung kommen. Das Leiden geht meistens auf Behandlung mit deckenden Pasten, z. B. Schwefelzinkpaste, in kurzer Zeit zurück, kehrt aber nach Wiederaufnahme der Arbeit leicht wieder.

Digitized by Google

Zur zweiten Gruppe gehören Kranke, welche wegen irgend eines anderen Hautleidens mit Salben eingerieben wurden, besonders Psoriatiker. Die Follikulitis erscheint nach längerer Anwendung von Chrysarobin-Salben und dergleichen, auch nach Ung. Naphthol. compositum bei Skabies, und kommt mir hartnäckiger vor als bei der ersten Gruppe. Ziemlich reizlos verläuft aber die Krankheit auch hier. Stärkere Entzündungen und Vereiterungen sind selten, wenn das Grundleiden nicht juckt und den Kranken nicht zum Kratzen veranlaßt oder an einer Stelle sitzt, wo die Bewegung Reibung und Reizung mit sich bringt. Decksalben genügen hier oft nicht, sondern es werden erweichende und schälende Mittel notwendig.

Für diese Fälle nehme ich mit SPRINZ die jetzigen Salbengrundlagen als Krankheitsursachen an. Ihre Herkunft ist ja ebenso dunkel, wie ihre Namen unverständlich und schwer zu deuten sind.

Wenn diese Ersatzstoffe auch technisch als „mineralischer" Herkunft gelten, so ist doch für die meisten die Pflanzenwelt als Stammutter anzusehen, denn Erdöl, Kohle usw. entstammen ja auch dem Pflanzenreich.

Der Unterschied zwischen der Auffassung von v. VERESS einerseits und von SPRINZ und mir andererseits dürfte darauf beruhen, daß wir in der Heimat die reineren, wenig durch andere, Schädlichkeiten beeinflußten Fälle zu behandeln haben. Wer die Bilder tropischer Hautkrankheiten noch in der Erinnerung hat, dem wird die Ähnlichkeit des Exanthema folliculare aceniforme mit der Knötchendermatitis der warmen Länder auffallen, welche von A. PLEHN in meinem Handbuch der Tropenkrankheiten (2. Auflage, 1914, Bd. 2, S. 185) beschrieben worden ist. PLEHN kennzeichnet dieses Leiden als „eine follikuläre, chronische Entzündung der Kutis mit mäßiger fibrinöser Exsudation und Zellenhäufung um die Haarbälge und Schweißdrüsen, die in ätiologischer Hinsicht wohl kaum als spezifisch gelten kann. Pusteln bilden sich nur ausnahmsweise und das histologische Substrat entspricht einigermaßen dem einer starkentwickelten Acne follicularis vor der Vereiterung". Bekanntlich lieben die Tropenbewohner Einreibungen mit pflanzlichen Ölen, welche oft zersetzt und ranzig sind, als Hautpflegemittel. Die Erkrankung befällt bei ihnen oft fast die ganze Hautdecke: ihrem Wesen nach dürfte sie von der unsrigen kaum verschieden sein.

Feuilleton.

Das Bielefelder Verfahren zur Bekämpfung der Prostitution.

Von

Dr. jur. BOZI.

Es handelt sich im wesentlichen um drei Gruppen: Die gewohnheitsmäßigen Prostituierten, die erstmalig wegen Gewerbsunzucht gerichtlich Verurteilten, und um solche, die sich im strafrechtlichen Sinne noch nicht der Unzucht ergeben haben, die aber auf dem Wege sind, der Unzucht zu verfallen, die sogenannten gefährdeten Mädchen. Das Strafgesetz kennt dagegen nur eine Klasse, die gewerbsmäßigen Prostituierten. Sie werden dem Strafrichter vorgeführt, weil sie entweder Gewerbsunzucht getrieben haben, ohne unter sittenpolizeilicher Kontrolle zu stehen, oder weil sie sich als polizeilich Kontrollierte gegen die Kontrollvorschriften vergangen haben. Ebenso wie bei Bettel und Landstreicherei steht auch hier neben der obligatorischen Haftstrafe als empfindliche Nebenstrafe die Überweisung an die Landespolizeibehörde. Die Überwiesenen wurden bisher fast ausnahmslos dem Arbeitshause zugeführt, von wo sie nicht gebessert, sondern meistens sogar moralisch erheblich gesunken zurückkamen. Der Schwere der Arbeitshausstrafe trugen die Gerichte damit Rechnung, daß sie die Überweisung an die Landespolizeibehörde nur da aussprachen, wo auch die Überführung in das Arbeitshaus angebracht erschien. Man ging mit Recht davon aus, daß die Verwaltungsbehörde eine nochmalige Prüfung nicht vornahm. Für die Besserungsfähigen kam die Überweisung an die Landespolizeibehörde überhaupt nicht in Betracht. Die Praxis war insofern dieselbe wie gegenüber Bettlern und Landstreichern.

Digitized by Google

Andererseits war damit, daß es sich hier, nämlich bei den wegen Sittenpolizeiübertretung aufgegriffenen Frauen und Mädchen, auch um Personen handelt, die nicht gerichtlich verurteilt sind, die Aufgabe erheblich weiter gestellt. Sie wurde dadurch noch verzweigter, daß es an Arbeiterkolonien für weibliche Personen fehlte, und daß vor allem auch die Unterbringung in solchen Kolonien nur für den kleinsten Teil, nämlich nur für solche Personen in Betracht kam, die ihren Halt völlig verloren hatten und gar nicht mehr imstande waren, auf eigenen Füßen zu stehen. Für die große Zahl der sittlich gefährdeten Frauen und Mädchen, die mit dem Gerichte gar nicht oder das erstemal in Berührung gekommen waren, schied ein solcher Kolonieaufenthalt von vornherein aus. Es mußte eine Aufsicht eingerichtet werden, die den Betreffenden einen Halt gab, ohne sie in der Bewegungsfreiheit erheblich zu beschränken. Endlich gab es noch eine Zwischengruppe, nämlich solche, die einerseits für die Zuweisung an eine Kolonie noch nicht reif waren, bei denen aber andererseits die Kontrolle doch ständig sein mußte. Für diese mußte Unterkunft in einem Hause geschaffen werden, das sie, abgesehen von dem Gang zur Arbeitsstelle, nur mit besonderer Erlaubnis verlassen durften.

Die Scheidung dieser drei Gruppen ist natürlich keine scharfe. Es ist denkbar, daß auch ein der Gewerbsunzucht verfallenes und gerichtlich verurteiltes Mädchen besser lediglich unter Schutzaufsicht gestellt als in einem geschlossenen Hause untergebracht wird. Andererseits wird man gefährdete Mädchen, die noch nicht gerichtlich verurteilt sind, veranlassen, sich in das geschlossene Haus zu begeben, wenn eine bloße Schutzaufsicht offenbar unzureichend ist. Endlich wird man auch gewohnheitsmäßige Prostituierte statt einer Kolonie vielleicht der freien Landarbeit zuführen, wenn es gelingt, eine Arbeitsstelle zu finden, die nicht in der Nähe einer Stadt liegt und die für eine ständige aber wohlwollende Aufsicht durch den Arbeitgeber Gewähr bietet.

Zur Durchführung eines solchen Verfahrens bedurfte es zunächst einer städtischen Fürsorgerin[1]), d. h. einer sozial gesinnten Persönlichkeit, welche sich berufsmäßig mit diesen Dingen befaßt, die den Verkehr mit den Behörden vermittelt, und die dadurch, daß sie die Fäden in ihrer Hand vereinigt, für die Einheitlichkeit der Organisation Gewähr bietet. Durch eine entsprechende Dienstanweisung mußten die ausschließlich sozialen Aufgaben der städtischen Fürsorgerin betont werden. Weiter mußten in möglichst großer Zahl freiwillige Helferinnen gewonnen werden. Das lag um so näher, als die Überzeugung, daß allein von der eigenen Mitarbeit der Frauen eine wirksame Bekämpfung der öffentlichen Unsittlichkeit zu erhoffen ist, sich von Tag zu Tag mehr einbürgert. Endlich mußte diesen Frauen, schon um ihr Interesse wach zu halten, dann aber auch, um die Gefahr einer Bureaukratisierung abzuwenden, ein gewisser Einfluß eingeräumt werden. Das ist in Bielefeld dadurch geschehen, daß sie zu einem „Arbeitsausschuß zur Bekämpfung der öffentlichen Unsittlichkeit" organisiert worden sind.

Es ist gelungen, die wirksame Unterstützung der Staatsbehörden zu erlangen, indem der Regierungspräsident in Minden sich entschlossen hat, wie bei Bettlern und Landstreichern auch bei weiblichen Personen, die wegen Gewerbsunzucht oder wegen Übertretung der Kontrollvorschriften verurteilt und der Landespolizeibehörde überwiesen sind, von der Festsetzung einer Nachhaft vorläufig abzusehen, wenn die Verurteilten sich freiwillig den für sie angemessenen Erziehungsmaßregeln unterwerfen, sich also namentlich unter Schutzaufsicht stellen. Für die Gerichtspraxis hat das die Folge, daß die Überweisung an die Landespolizeibehörde nunmehr auch in den Fällen ausgesprochen wird, in denen die Unterbringung im Arbeitshause nicht für erforderlich erachtet wird, während andererseits die drohende Überführung in das Arbeitshaus den Erfolg der angeordneten Fürsorgemaßregeln sichern soll.

Sobald nun eine weibliche Person wegen Unzuchtsverdacht eingeliefert wird, werden Vorleben und Familienverhältnisse sorgfältig ermittelt. Handelt es sich lediglich um ein gefährdetes Mädchen, so wird mit ihrer Zustimmung Schutzaufsicht eingeleitet. Die mit der Schutzaufsicht betraute Helferin sorgt für Arbeit und Unterkommen. Sie bleibt mit ihrer Pflegebefohlenen in ständiger Fühlung, und erstattet von Zeit zu Zeit dem Arbeitsausschuß Bericht. Nach einiger Zeit wird dann die Schutzaufsicht aufgehoben und dem Mädchen volle Bewegungsfreiheit zurückgegeben. Entzieht es sich der Schutzaufsicht, so stehen zunächst Zwangsmittel nicht zur Verfügung. Erfolgt aber erneute Einlieferung, dann sind meistens auch die Voraussetzungen strafrichterlichen

[1]) Diese Benennung kennzeichnet den Charakter der Aufgaben besser als die noch übliche Bezeichnung „Polizeiassistentin".

Digitized by Google

Einschreitens gegeben. Es wird gerichtliche Verurteilung und Überweisung an die Landespolizeibehörde erfolgen. Jetzt wird die städtische Fürsorgerin sich darüber klar werden, was zu tun bleibt, ob wiederum lediglich Schutzaufsicht einzuleiten oder ob anderweite Unterbringung geboten ist. Zu dem Ende wird sie rechtzeitig mit der Beschuldigten Fühlung nehmen. Sie wird sie noch vor der Aburteilung im Gefängnis besuchen und wird auch in der Hauptverhandlung anwesend sein. Das Gericht wird voraussichtlich neben der Haftstrafe die Überweisung an die Landespolizeibehörde aussprechen, aber, falls die Verurteilte sich den für erforderlich erachteten Maßnahmen unterwirft, in den Urteilsgründen aussprechen, daß es sich empfehle, die Beschlußfassung über die Festsetzung einer Nachhaft auszusetzen. Dem wird der Regierungspräsident nachkommen. Entzieht die Verurteilte sich jetzt wieder den über sie verhängten erziehlichen Maßnahmen, so wird sie festgenommen und nach Festsetzung einer angemessenen Nachhaft unverzüglich in das Arbeitshaus überführt werden. In derselben Weise wird denen gegenüber verfahren werden, die zwar das erstemal polizeilich eingeliefert, die aber wegen der Schwere des Falles sofort unter Anklage gestellt und gerichtlich verurteilt werden.

Die praktischen Erfolge dieses Verfahrens sind die allergünstigsten. Von 310 der Schutzaufsicht unterstellten Frauen und Mädchen sind nur 25 rückfällig geworden. Dabei sind beteiligt 34 der Landespolizeibehörde Überwiesene, bei denen die Beschlußfassung über Festsetzung der Nachhaft ausgesetzt worden war, mit 18 Rückfälligen.

Für die städtische Fürsorgerin besteht folgende Dienstanweisung:

Der städtischen Fürsorgerin ist untersagt, polizeiliche Ermittlungen anzustellen, Strafanträge aufzunehmen oder von den vertraulichen Angaben der Beschuldigten, namentlich Geständnissen, der Polizeibehörde Mitteilung zu machen. Ihre Aufgabe ist vielmehr, Frauen und Mädchen von der Begehung unsittlicher oder gar strafbarer Handlungen abzuhalten, sie nach Begehung solcher Handlungen in ihre Obhut zu nehmen und sie, soweit dies im Rahmen der Gesetze und ohne Gefährdung öffentlicher Interessen möglich ist, vor der strafrichterlichen Verurteilung oder doch vor der Strafvollstreckung zu bewahren. Außerdem ist sie als Gehilfin der Sühnevermittlungsstelle tätig, um Strafsachen, deren Verfolgung nur auf Antrag eintritt, zur außergerichtlichen Erledigung zu bringen. Ihr steht der Ausschuß zur Bekämpfung der öffentlichen Unsittlichkeit zur Seite. Angelegenheiten, die zur Zuständigkeit des städtischen Fürsorgeausschusses gehören, hat sie diesem zu übergeben.

Es bleibt dem Takte der Fürsorgerin überlassen, von Fall zu Fall die geeigneten Maßregeln zu treffen.

Um der Begehung unsittlicher und strafbarer Handlungen vorzubeugen, hat sie sich möglichst von allen gefährdeten Frauen und Mädchen Kenntnis zu verschaffen. Die Polizeivollzugsorgane werden sie von allen Verfehlungen solcher Personen in Kenntnis setzen. Strafanzeigen werden ihr in Urschrift oder Abschrift vorgelegt werden. Von allen Vorführungen weiblicher Personen wird sie unverzüglich Mitteilung erhalten, jedenfalls vor der Vornahme einer ärztlichen Untersuchung. Die städtische Fürsorgerin hat aber auch mit den Inhabern von Betrieben, in denen Frauen und Mädchen beschäftigt werden, sowie mit den Arbeitgeberverbänden Fühlung zu halten, damit die Arbeitgeber vor Erstattung von Strafanzeigen ihren Rat einholen.

Die städtische Fürsorgerin wird alsbald, nachdem sie von einer gefährdeten Person Kenntnis erhalten hat, die Familienverhältnisse ermitteln und unter Fühlungnahme mit etwaigen Familienangehörigen für Unterkommen und Kleidung, Arbeit und geeigneten Umgang (Anschluß an Vereine) zu sorgen haben. Nötigenfalls wird sie auf Einleitung einer Schutzaufsicht bedacht sein.

Ist ein gerichtliches Verfahren nicht zu vermeiden, so ist durch Feststellung des Sachverhalts dafür zu sorgen, daß Umstände, welche die Tat in milderem Lichte erscheinen lassen, auch zur Kenntnis der Strafverfolgungsbehörde kommen. Die Fürsorgerin hat den Beschuldigten überhaupt den erforderlichen Beistand zu leisten und Verhaftete nach Einholung einer allgemeinen oder besonderen Genehmigung auch im Gefängnis aufzusuchen. Selbstverständlich hat sie sich dabei unberechtigter Eingriffe in den Gang des Verfahrens zu enthalten. In gleicher Weise ist zu verfahren, wenn die Fürsorgerin davon Kenntnis erhält, daß gegen eine ihrer Obhut bisher nicht unterstellte weibliche Person ein Strafverfahren eingeleitet ist. Handelt es sich um Antragsvergehen, bei welchen die Rücknahme des Strafantrags zulässig ist, so ist in geeigneten Fällen nach Möglichkeit eine außergerichtliche Erledigung der Angelegenheit zu erstreben.

Ist eine weibliche Person zu Strafe verurteilt, so ist zu prüfen, ob die Voraus-

Digitized by Google

setzungen einer bedingten Strafaussetzung vorliegen. Bejahendenfalls wird die städtische Fürsorgerin die nach der Sachlage erforderlichen Anträge stellen und die zu ihrer Begründung dienlichen Tatsachen zur Kenntnis der Strafvollstreckungsbehörden bringen. Besonders hat sie ihr Augenmerk auf die wegen Sittenübertretung (Gewerbsunzucht, Übertretung der Kontrollvorschriften) verurteilten Frauen und Mädchen zu richten. Sie hat erforderlichenfalls für ihre Unterbringung, Beschaffung von Arbeitsgelegenheit, Stellung unter Schutzaufsicht, Verhängung von Arbeitszwang usw., zu sorgen und sich auf Ersuchen der Behörden darüber zu äußern, ob es sich empfiehlt, die Beschlußfassung über Festsetzung einer Nachhaft vorläufig auszusetzen. In der Bewährungsfrist hat sie die betreffenden Personen im Auge zu behalten, um sie vor Rückfällen zu bewahren oder solche nötigenfalls behufs nachträglicher Festsetzung der Nachhaft zur Kenntnis der Behörden zu bringen[1]).

Die Zuständigkeit des Arbeitsausschusses zur Bekämpfung der öffentlichen Unsittlichkeit erhellt aus folgenden Satzungen:

§ 1.

Die Aufgaben des Ausschusses sind:

1. die Ausübung von Schutzaufsichten über weibliche Personen, die sich freiwillig unter Schutzaufsicht stellen, nachdem sie wegen sittenwidrigen Verhaltens polizeilich verwarnt worden sind, sowie die Überwachung weiblicher Personen, die wegen Sittenübertretung gerichtlich verurteilt sind, dann aber bedingten Strafausstand erhalten haben oder denen gegenüber die Beschlußfassung über die Festsetzung einer Nachhaft vorläufig ausgesetzt worden ist;
2. die Beratung der Behörden über die Zweckmäßigkeit der gegen solche Personen einzuleitenden Maßnahmen.

§ 2.

Der Ausschuß besteht aus der städtischen Fürsorgerin oder ihrer Vertreterin als Vorsitzenden und vier von dem Oberbürgermeister ernannten Frauen als Mitgliedern. Er ist beschlußfähig, wenn seine Mitglieder ordnungsmäßig geladen und wenn außer der Vorsitzenden mindestens zwei von ihnen anwesend sind.

§ 3.

Der Ausschuß bestimmt die Personen, die zur Mitarbeit herangezogen werden sollen — Helferinnen —.

Die Leitung der Arbeiten, insbesondere ihre Verteilung unter die Ausschußmitglieder oder Helferinnen, geschieht durch die Vorsitzende. Sie hat den Ausschuß allmonatlich zusammenzuberufen und ihm ihre Maßnahmen zur Beratung zu unterbreiten. Helferinnen sind zuzuziehen, soweit die von ihnen bearbeiteten Fälle den Gegenstand der Beratung bilden.

Die Zuziehung weiterer Personen bleibt dem Ermessen der Vorsitzenden überlassen.

Die Gesellschaft für soziales Recht hat mit dem Ausbau und der Verallgemeinerung dieses Verfahrens einen besonderen Arbeitsausschuß betraut. Vorsitzende ist Fräulein Anna Pappritz in Berlin-Steglitz, Mommsenstraße 23, an die auch Anfragen und Ersuchen um Stellung von Rednerinnen zu richten sind. Der Ausschuß hat in Bielefeld eine praktische Ausbildungsstätte für städtische Fürsorgerinnen errichtet, welche auch den Behörden geeignete Persönlichkeiten namhaft macht. Leiterin ist die städtische Fürsorgerin Fräulein Clara Hermelbracht.

---

[1]) Ist der städtischen Fürsorgerin, wie beispielsweise in Minden, ein weiterer Geschäftskreis — Jugendfürsorge usw. — übertragen, so ist das in der Dienstanweisung zu entsprechendem Ausdruck zu bringen.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1917. Heft 10—12.

Vaseline- und Teerschädigung der unbedeckten und belichteten Körperhaut, von W. Friboes-Rostock. Nach Einreibung von Tumenolsalbe, sowie nach Verwendung von Liq. lithantracis acetonic. Sack wird bei manchen Patienten ein Warzigwerden der Haut beobachtet, wenn sie stärkerer Belichtung ausgesetzt werden.

Zum Nachweis der Gonokokken, von Heinrich Loeb-Mannheim. Durch Nachbehandlung der mit Methylenblau gefärbten Präparate mit 10%iger Natriumhyposulphitlösung werden saprophytische Kokken entfärbt, während die Gonokokken ihre dunkle Farbe behalten.

Zur Frage des Spätikterus nach Salvarsan, von Leopold Pulvermacher-Berlin. In der Charitépoliklinik wurde 1916—1917 bei Syphilitikern eine Anzahl von Ikterusfällen beobachtet, welche mehrere Wochen nach einer kombinierten Neosalvarsankur auftraten. Diese Fälle sind nicht als Spätikterus nach Salvarsan aufzufassen, sondern sind durch besondere zeitliche, örtliche und individuelle Verhältnisse bedingt, wobei der Salvarsanfaktor bei den komplexen Ursachen des Ikterus als der prädisponierende Moment mitwirken kann. Eine Bedeutsamkeit der Hg-Komponente ist nicht ersichtlich, da der Ikterus auch nach reiner Salvarsankur auftrat. Es ist anzunehmen, daß die Syphilis das Krankheitsbild an sich bedingt; außerdem sind koinzidente Erkrankungen, die zu Ikterus führen, in Betracht zu ziehen.

Das Problem der Pigmentbildung im Lichte der neuen Forschungen Blochs und seiner Mitarbeiter, von Meirowsky-Köln. Der Verf. wendet sich gegen einige Folgerungen der Blochschen Arbeit. Namentlich gegen die Annahme, daß es kein autochthones Kutispigment gäbe, und zweitens hebt er die Bedeutung der Kernbeteiligung an der Pigmentbildung hervor.

Hauttuberkulose und Tuberkulide bei Heeresangehörigen, von Fritz Cullamon. Die Zahl der beobachteten Fälle betrug im Verhältnis zu den übrigen Kranken $1^1/_2\%$. Die Beurteilung der Dienstfähigkeit der Tuberkulidträger macht der Verf. abhängig von der Aufdeckung einer zugrunde liegenden Viszeraltuberkulose.

Ein Beitrag zum Studium der Pathogenese der sekundären Trichophytie, von Brun Pedersen-Kopenhagen. Auf Injektionen mit Trichophytin reagiert die Haut beim Kerion Celsi an verschiedenen Körperstellen verschieden, am stärksten in und um die Trichophytieflecken auf der behaarten Haut. Das Vorhandensein von stärkeren Eruptionen sekundärer Trichophytide in und um solche Herde oder von korymbiformen Trichophytiden darf deshalb nicht zugunsten der Theorie der vitagenen Sporenzufuhr sprechen, da diese Krankheitsbilder sich allein durch die relativ kräftige Umstimmung der Haut erklären lassen. H. Vörner-Leipzig.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1918, Bd. 124, H. 4.

Absichtlich erzeugte Hautkrankheiten, von A. Brauer-Danzig. Der Verf. bespricht die Klinik der Selbstbeschädigungen der Haut und die Art der verwendeten Mittel. Als Behandlung hebt er die Wichtigkeit von Okklusivverbänden hervor, als Prophylaxe schlägt er die Zentralisierung und die Versagung jedes Urlaubs vor. Krankengeschichten bilden den Schluß des Artikels.

Übertragungsversuche mit spitzem Kondylom, von Ludwig Wülser-Prag. Sämtliche drei Übertragungen waren positiv nach einer Inkubation von etwa $2^1/_2$ bis 9 Monaten. An der Impfstelle entwickelten sich auf der äußeren Haut flache Warzen, auf der Schleimhaut spitze Kondylome. Die Ursache der Entwicklung beruht nach Ansicht des Verfassers auf Implantation.

Digitized by Google

Ein Fall von Pityriasis lichenoides chron. (Parakeratosis variegata, Parapsoriasis, Erythrodermie pityriasique usw.), von Franz v. Krzysztalowicz-Krakau. Mitteilung eines Falles. Kritische Bemerkungen über die Nomenklatur.

Zur Pathogenese der Psoriasis, von C. Kreibich-Prag. Mitteilung eines Falles als Stütze der neuropathischen Hypothese, bei welchem nach einer Schußverletzung des Schultergürtels eine bestehende Psoriasis halbseitig verschwand.

Zur Kenntnis der Schweißdrüsenkörperchen, von C. Kreibich-Prag. Die Schweißdrüsenkörperchen stammen aus dem Kern, da man in ihnen Nuklein und Nukleolin nachweisen kann.

Über die Beziehungen zwischen Erythema nodosum und Lues, von Gustav Stümpke-Hannover. Die Ursache des Erythema nodosum sieht der Verfasser im Staphylokokkus, während die Lues nur die Basis, auf welcher derselbe wirksam wird, bildet.

Zur Ätiologie des Pemphigus vulgaris, von Gustav Stümpke-Hannover. In den beiden vom Verf. mitgeteilten Fällen entstand der Pemphigus im Anschluß an infizierte Wunden.

Betrachtungen über Hautentzündung und Kriegserfahrungen bei Hautkrankheiten, von F. Hammer-Stuttgart. Der Verf. bespricht die Entzündungen der Haut im Sinne einer Einteilung in akut eliminatorische und in abschließende oder einkapselnde Prozesse. Nachdem er die Bedeutung dieser Einteilung in bezug auf Klinik und Therapie hervorgehoben, weist er auf die besonderen Schwierigkeiten und Unterschiede hin, welche bei der Behandlung von Militärpersonen hervortreten.

Über Quecksilberbehandlung bei Syphilis als Ursache von Albuminurie, von J. Forstman-Lund. Beobachtungen an 100 Personen ergaben, daß Hg in therapeutischer Dosis nur in seltenen Ausnahmefällen Albuminurie hervorruft, sondern dieselbe ist fast regelmäßig durch eine auftretende Stomatitis veranlaßt. Sorgfältige Mundhygiene, Pinselungen mit 10%iger Höllensteinlösung läßt Albuminurie vermeiden.

Zur Frage der Spezifität der Wassermann-Reaktion, insbesondere über den Ausfall bei Tuberkulose und Tuberkuliden, von Wilhelm Karl-Wien. Der Verf. fand in Fällen von Skrophuloderma und solchen von Sarkoid Darier positive Wassermann-Reaktion. Als Ursache derselben konnte eine Syphilis der Eltern festgestellt werden.

Über Ursachen des Ausbleibens von Herdreaktionen, von W. Karl und H. Koch-Wien. Die Verf. finden, daß bei noch in aufsteigender Entwicklung befindlichen Effloreszenzen die Herdreaktion ausbleibt.

Über chronische Diphtherie der Haut und Schleimhaut, von J. Kyrle-Wien. Mitteilung eines Falles, bei welchem sich Veränderungen im Gesicht und an den Tonsillen und Gaumenbögen zeigten. Bei der Untersuchung der Granulationen und Ulzerationen fanden sich Diphtheriebazillen. Antitoxin- und Milchinjektionen waren nutzlos.

Zur Therapie der Parapsoriasis (Brocq), von Arthur Wiesmann-Frankfurt a. M. Gute Heilerfolge durch Pilokarpin.

Zur Kenntnis und Differentialdiagnose syphilitischer Stigmata, von Karl Ullmann. Der Verf. beschreibt zunächst einen Fall von makulöser umschriebener Hautatrophie, die sich im Anschluß an ein luetisches Exanthem entwickelte, weiterhin zwei eigenartige Fälle von Pigmentsyphilis. In allen drei Fällen handelte es sich um bleibende Veränderungen.

Darier'sche Dermatose mit Schleimhautveränderungen und impetigoartigen Eruptionen, von J. Reenstierna-Stockholm. Typischer Fall, bei welchem außer der Haut auch die Zunge befallen war. Im Gesicht hatte die Dermatose einen impetigoähnlichen Charakter.

Über ein makulöses Exanthem bei Diabetes mellitus, von Herbert Koch-Wien. In neun Fällen von Diabetes wurden bläulich-makulöse Effloreszenzen beobachtet, mitunter mit zentraler punktförmiger Rötung. Ihr Sitz ist hauptsächlich die Extremität. Histologisch sind die Veränderungen nur geringe, spärlich vaskuläre Infiltrate.

1918, Bd. 125, H. 1.

Über einen Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria, von Ludwig Zweig-Wesel. Beobachtung bei einem Landsturmmann. Die Krankheit wurde in drei Generationen an zwölf Familienmitgliedern nachgewiesen. H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Annales des Maladies Vénériennes.

1917, H. 10.

Striktur des Rektums blennorrhoischen Ursprungs bei einem Syphilitiker, von Gaucher und LeNoir. Verf. veröffentlichten als Stütze für die Ansicht Gauchers, daß die Verengerung des Rektums nicht syphilitischen Ursprungs, sondern eine Blennorrhoefolge ist, und zwar auch bei den Syphilitikern, einen einschlägigen Fall, bei dem an Stelle der rektalen Ampulle ein langer verengerter Kanal vorhanden war, oberhalb desselben eine ampullenartige Dilatation. Drei Gründe führt Gaucher für seine Ansicht an, die größere Häufigkeit bei der Frau, die Abwesenheit von syphilitischen Antezedentien bei einer ganzen Anzahl derartiger Kranker neben der ständigen Unwirksamkeit antisyphilitischer Behandlung, das fast regelmäßige Geständnis gewohnheitsgemäßen Coitus per anum seitens der Kranken. Auch dieser Kranke, ein Schauspieler, hat eine frühere Rektalblennorrhoe gehabt, vor zwei Jahren Gonokokken im rektalen Ausfluß, daneben hat er allerdings auch + Wassermannsche Reaktion gehabt.

Zwei Fälle von Zungenschanker, von Lévy-Bing und Gerbay. Verff. beschreiben die beiden Fälle in Anbetracht der Seltenheit. Beide Schanker saßen im vorderen Drittel der Zungenoberfläche, dicht neben der Mittellinie. Bei dem einen handelte es sich um die häufigere erosive, bei dem anderen um die seltenere papulöse Form. In beiden Fällen ist die Infektion auf den Kuß zurückzuführen. Beide Fälle sind anfangs verkannt und erst infolge des Erscheinens der Roseola richtig diagnostiziert worden.

Betrachtungen über die venerischen Krankheiten und die Schwierigkeiten ihrer Verhütung, von A. Courtade. Verf. erörtert zunächst die Bedingungen, unter denen eine Krankheitsübertragung stattfindet. Er unterscheidet hierbei vier Gruppen: 1. solche, die eine genaue Kenntnis von ihrer Krankheit haben und wissen, daß sie sie übertragen können; 2. solche, die krank sind, aber glauben, daß sie nicht mehr infektiös sind; 3. solche, die in Unkenntnis darüber sind, daß sie eine übertragbare Krankheit haben; 4. solche, die unbewußte Zwischenträger zwischen dem Kranken und dem Gesunden sind, ohne selbst von der Krankheit, die sie übertragen, befallen zu sein. Er bespricht sodann die drei Geschlechtskrankheiten nach ihren klinischen Erscheinungen, indem er sein besonderes Augenmerk auf die Rolle richtet, die die spezifischen Mikroben bei jeder Affektion spielen. Bei der Krankheitsübertragung scheint ihm der schuldigere Teil der Mann. Auf ihn haben die zu ergreifenden Maßnahmen besonders Bezug zu nehmen. Als solche wünscht er je nach den oben unterschiedenen vier Gruppen zu 1. Aufklärung und Appell an die guten Empfindungen durch Anbringung von Bekanntmachungen überall da, wo große Menschenansammlungen stattfinden, zu 2. ärztliche Instruktionen: auch für 3. kommt er im wesentlichen auf die Aufklärung zu; für Gruppe 4, die Verf. hauptsächlich in den Puellis publicis erblickt, verlangt er Reinlichkeit in den öffentlichen Häusern und entsprechende Einrichtungen dafür. Zum Schluß empfiehlt Verf., die öffentlichen Mädchen durch gedruckte Instruktionen darüber aufzuklären, wie sie erkennen können, ob ihre Besucher eine virulente Krankheit haben oder nicht. Die kranken Männer, die sich durchaus des Geschlechtsverkehrs nicht enthalten können, sollten sich wenigstens des Kondoms bedienen.

Heft 11.

Generalisierte punktförmige warzige Papillomatose, von Gougerot und Clara. Eine mit dem 13. Lebensjahr beginnende und seit dem 18. in gleicher Weise bestehende Dermatose eines 30 Jährigen mit intaktem Allgemeinzustand. Beginn in den Seiten mit allmählicher Ausbreitung auf Rumpf und Kopf. Jedes Frühjahr Ausbreitung über den Kopf, Dauer über den Sommer und spontane Abheilung im Herbst. Beim Eintritt in die Behandlung Lokalisation durchaus symmetrisch: behaarter Kopf, Gesicht, Gaumenbogen (dieser als einzige Schleimhaut befallen), am Hals als Pelerine zu den Schultern abfallend, Achselhöhlen, mittlere Partien des Thorax vorn und hinten, Abdomen, besonders gegendie Leisten hin, diese sowie Regio suprapubica und perigenitalis überhaupt am meisten befallen, innere Fläche der Oberschenkel, Beugeflächen der Vorderarme, Kniekehlen, Palmae und Plantae. Die Läsionen waren dreierlei Art: 1. punktförmige warzige Papeln des Halses, Rumpfes und der Glieder, 2. diffuses schuppiges und punktförmiges Erythem des behaarten Kopfes und des Gesichts, 3. palmoplantare Porokeratose. Erstere 1 bis höchstens 4 mm Durchmesser, unregelmäßig verteilt, bald einander berührend, bald um 1—10 mm voneinander entfernt, selten zusammenfließend, in der Farbe vom lebhaften bis zum Braunrot. Ihre Oberfläche leicht konvex,

Digitized by Google

bedeckt mit dicker, schmutziger, trüber, bräunlicher, harter Epidermis wie bei Verruca juv. Am behaarten Kopf und Gesicht ist die ganze Haut rot, schuppig, mit gelblichen, diffusen, nach Formen und Dicke unregelmäßigen, ziemlich anhängenden Schuppen-Krusten bedeckt, nach deren Wegnahme Exulzerationen von Stecknadelkopf- bis Linsengröße sich zeigen. Histologisch ist die Affektion dadurch von der Psorospermosis vegetans DARIER und der Acné cervée verschieden, daß sie weder Drüsen noch Haarbalgöffnungen betrifft; es handelt sich um eine Hypertrophie der Epidermis mit Para- und Dyskeratose (Epidermis 5—6mal so dick als normal), vergleichbar den Verrucae, aber ohne dicke und lange Papillen. Nosologisch erblicken Verff. in der Affektion einen neuen klinischen Typ mit unbekannter Ätiologie und Pathogenie, sich annähernd vielleicht den von DARIER als Ichthyosis follicularis bezeichneten. Von den verschiedenen therapeutischen Agentien ist nur die Radiotherapie wirksam gewesen.

Die Syphilis in den arabischen Ländern; die Ansteckungsweisen; statistische Bemerkung, von LACAPÈRE und DECROP. Verff. haben in Fez 295 Muselmannen beiderlei Geschlechts gelegentlich von Konsultationen wegen innerer oder chirurgischer Erkrankungen nach Zufall herausgegriffen und auf Syphilis untersucht. 108 gestanden Syphilis zu, die durch Symptome, Narben, Erinnerung an frühere Behandlung bestätigt werden konnte. 187 andere leugneten jedes syphilitische Antezedens, bei 92 von ihnen war die WR +, zehnmal zweifelhaft, bzw. schwach +, bei 85 —. Bei 200 unter 295 konnte also Syphilis festgestellt werden, ist 68%. Hierzu latente Lues zu 5% gerechnet, ergibt ein Verhältnis von 73%. Die Ursachen hierfür erblicken Verff. zunächst in der großen Ausdehnung und der unbeschränkten Möglichkeit freier Ausübung der Prostitution, wobei die Zahl der ärztlich überwachten Prostituierten sehr gering ist. 10—12jährige Mädchen sind nicht selten darunter. Häufig ist auch anormale Befriedigung des Geschlechtstriebes (Analschanker). Weitere Ursachen sind Beschneidung mit unsauberen Instrumenten, überhaupt mangelnder Reinlichkeitssinn der Araber und mangelnde Hygiene in den Gepflogenheiten des öffentlichen und privaten Lebens. Hierzu gehört das häufige Vorhandensein von Phthiriasis und Skabies, die durch sie verursachten Exulzerationen als Eingangspforten für das syphilitische Virus, vor allem die Gargoulette, das mit einem Leinentuch überspannte Familiengefäß, aus dem nicht bloß alle Familienmitglieder, sondern auch Fremde trinken, ohne daß das als Filter dienende Tuch entfernt wird. Noch gefährlicher fast die Instrumente des Barbiers und die Gewohnheit, Kopf und Pubes rasieren zu lassen. Favus und Impetigo sind so häufig, daß wunde Stellen am Kopfe nicht auffallen und vernachlässigt werden. Vor allem wird auch der häufige Gebrauch der Schröpfköpfe gefährlich.

Der Anwendung des Salvarsans zuzuschreibende Hauterscheinungen, von HENRI MALHERBE. Ein Fall, in dem wegen einer Exostose der Orbita „wahrscheinlich" Salvarsan angewendet worden war. Bei der schon lange mit kupferrotem Teint versehenen Patientin war nach den Einspritzungen auf einer Wange ein großer, dunkler pruriginöser Fleck aufgetreten. Bald erschienen andere Flecke auf der anderen Wange, Stirn, Kinn, Handrücken, Vorderarmen, welche zuerst stationär bleiben, aber nach jeder neuen Injektion sich vergrößern und verschmelzen, so daß schließlich Gesicht, Handrücken, Vorderarme gleichmäßig rot, das Tegument verdickt, geschwollen, Finger in der Bewegung gehemmt und unangenehme Krisen von Pruritus, die Haut trocken, abschuppend. Verf. hält die Erscheinungen für Arsenintoxikation. Eine Beobachtung des Verlaufs hat nicht erfolgen können, da sich die Patientin nicht wieder vorgestellt hat. Verf. muß übrigens zugestehen, daß die Behandlung der Exostose von Erfolg begleitet gewesen ist.

Heft 12.

Das Salvarsan oder das deutsche Gift, von GAUCHER. Während in der vorhergehenden Kasuistik das Vergnügen, der deutschen Erfindung eins auswischen zu können, nur still mitschwingt, erweist sich Verf. dieser Publikation als ein eingefleischter Gegner des Salvarsans. Er verdammt das Mittel in Bausch und Bogen, und legt ihm zahlreiche Todesfälle zur Last, deren Ursache man in nichts anderem als in einer Arsenintoxikation zu suchen habe, ohne allerdings auf die einzelnen Fälle kritisch einzugehen. Er schreibt ihm hauptsächlich eine unheilvolle Wirkung auf das Nervensystem zu, die sich ausprägen in Polyneuritiden der Hirnnerven mit Taubheit und Blindheit, seltener der Extremitäten, Paraplegie, Verschlimmerung von Tabes und progressiver Paralyse, aber auch Herbeiführung von Paralysis und Tabes praecox. Natürlich werden auch die konsekutiven Hauterscheinungen nicht vergessen, Keratose, Dermatitis exfoliativa, polymorphe, papulöse und bullöse Erytheme. Alles in allem bezeichnet er das Salvarsan, besonders

Digitized by Google

auch der vielen Rezidive wegen, die bei ihm nicht ausbleiben, als ein ungenügendes und trügerisches Mittel, dem zuzuschreiben sei, wenn die Syphilis an Häufigkeit zunimmt, wenn die Ansteckungen sich vermehren und wenn die Krankheit schwerer wird.

Urticaria oedematosa chronica; Oedema angioneuroticum; Dysthyroidie, von P. MEYNET und H. FENESTRE. 34jähriger Mann von gutem Allgemeinzustand, bei dem zum erstenmal vor zwölf Jahren ein Anfall des jetzigen Leidens in fast chronischer Form, da er nahezu ein Jahr andauerte, auftrat. Nachdem häufig kürzere und weniger ausgedehnte Anfälle. Jetzt seit sieben Monaten Schwellung besonders der linken Wange, die Haut darüber gleichmäßig rot, bei Palpation elastischer Widerstand, ohne daß der Fingereindruck bestehen bleibt. Außerdem sind noch geschwollen die Lippen, besonders die Unterlippe, und auf der Zunge besteht auf der ersten Hälfte im mittleren Drittel entlang der Raphe ein longitudinaler Wulst. Ein Komplex von allgemeinen Symptomen, Hypertrichosis, Appetitsverlust, habituelle Stuhlverstopfung mit diarrhoischen Krisen, Kältegefühl an den Extremitäten, überhaupt Hyperästhesie gegen Kälte, physische und psychische Apathie, dementsprechender Ausdruck des Gesichts, allgemeine Langsamkeit der Bewegungen, Mattigkeit, Schläfrigkeit, Gelenk- und Muskelschmerzen, Aufgeregtheit, brachte die Verff. auf die Vermutung, daß es sich um eine Hypothyreoidie handele. Schilddrüsenextrakt brachte auch Besserung.

Die sekundäre Syphilis bei den muselmännischen Eingeborenen Nordafrikas, von MONTPELLIER. Verf. zieht aus seinen im Laufe von drei Jahren gemachten Beobachtungen, bei denen er sich auf die destruktiven ulzerösen Hautsyphilide, die man unter Syphilis maligna praecox versteht, und auf die bukkalen Plaques muqueuses beschränkt, folgende Schlüsse: 1. Die sekundäre Syphilis ist bei den Eingeborenen Nordafrikas dieselbe wie beim Europäer; 2. ihre Haut- und Schleimhautmanifestationen sind nicht zahlreicher und nicht seltener; 3. jedoch kann man vermuten, ohne es beweisen zu können, daß die Hautmanifestationen bei den Eingeborenen weniger häufig den ulzerösen Charakter, unter dem man Syphilis maligna praecox versteht, annehmen.

Beobachtung weichen Schankers der Vagina, von COURTADE. Verf. beobachtete an einer Prostituierten eine etwa 15 mm lange, querverlaufende ovaläre Ulzeration an der vorderen Vaginalwand. Keine Drüsenschwellungen. Heilung nach fünf Tagen. Verf. zieht daraus den Schluß auf die Notwendigkeit der Untersuchung aller Prostituierten mit Spekulum.

Die heiße Luft bei den blennorrhagischen Orchiten, von UTEAN und SCHWAB. Der Apparat gleicht dem, wie er bei der Behandlung der Arthritiden angewandt wird. Er besteht aus einem anschnallbaren Futteral, das in ein Rohr ausläuft, unter dessen erweitertem Ende eine Heizquelle steht. Die Temperatur darin soll leicht bis auf 50°, selbst 90—120°, je nach Empfindlichkeit des Behandelten, gebracht werden können. Täglich eine oder zwei Sitzungen von $^1/_4$ Stunde Dauer. Die Resultate sollen gut gewesen sein.

Medikamentöse Elektrolyse bei den blennorrhagischen Arthritiden, von UTEAN und SCHWAB. Als Medikament diente Jodkalium, das kranke Gelenk wurde umgeben von Kompressen, die mit 7‰iger Lösung davon getränkt waren. Stromstärke 15 Milliampere, Sitzungsdauer 10 Minuten. Die Resultate sollen sehr ermutigend gewesen sein.

Wie man die Syphilis mit Salvarsan sterilisiert. Eine Reihe von Beobachtungen von Angehörigen der Klinik GAUCHER über Rezidive nach Salvarsanbehandlung, die nichts Neues bringen.

1918, H. 1.

Die Syphilis und die Herzkrankheiten, von GAUCHER. Verfasser hält auch die Läsionen der Aorta und des Aortenursprungs für syphilitischer Natur, die nicht Folgen von akuten Endokarditiden und im Verlaufe eines Anfalls von akutem Gelenkrheumatismus entstanden sind. Auch zahlreiche andere Herzaffektionen zählt Verfasser noch zu denen syphilitischen Ursprungs, die Herzruptur infolge von Myokardgummen, die Läsionen des Hisschen Bündels, den permanenten langsamen Puls. Ferner nimmt Verfasser für gewisse Zentralinsuffizienzen eine syphilitische Provenienz an, wobei die Gliederschmerzen nicht als rheumatische, sondern als syphilitische bzw. tabische aufzufassen seien. Für Herzaffektionen unbekannter Ursache glaubt Verfasser, daß Hereditärsyphilis in Betracht komme als ätiologisches Moment.

Digitized by Google

Spätikterus nach Neosalvarsan und Galyl, von J. Golay. Verfasser hat an 114 behandelten Kranken 32mal Ikterus beobachtet. Er erblickt die Ursache von ihm lediglich in der Arsenikbehandlung, die nicht einmal sehr intensiv zu sein braucht. Beginn in der Regel etwa drei Monate nach der letzten Einspritzung, bisweilen eher (14 Tage), bisweilen später (5—6 Monate). Die Einspritzungen selbst werden dabei gut vertragen. In der Regel handelt es sich um jüngere Personen in jeder Periode der Syphilis mit vorher gesunder Leber. Im Gegensatz zu anderen, die diesen Ikterus für einen syphilitischen oder für einen hämolytischen Salvarsanikterus halten, erblickt Verfasser einen toxisch-hepatischen in ihm. Er unterscheidet vier Grade: 1. Subikterus; 2. Ikterus; 3. Spätikterus, kompliziert mit Angiocholitis; 4. schwerer Spätikterus. Die beiden ersten sind ohne Fieber, der zweite die häufigste Form, von den letzten beiden hat Verfasser nur je einen Fall beobachtet, einen davon mit tödlichem Ausgang. Es ist schwer, diesen Spätikterus von gewöhnlichem katarrhalischem Ikterus zu unterscheiden, seine Behandlung ist dieselbe wie die des letzteren.

Syphilitischer Riesenschanker des Abdomens, von Lévy-Bing und Gerbay. Verfasser beschreiben ein am Mons veneris gelegenes primäres Geschwür von ovalärer Form, 6 cm Länge, $3^1/_2$ cm Breite. Bilaterale Leistendrüsenschwellung. Generalisierte Roseola.

Erythemato-squamöser villöser Plaque; papulo-squamöse (und bisweilen hornige) Punktuationen linearer Anordnung, Acné cornée und Lichen spinulosus, von Gougerot und Clara. Es handelte sich um verschiedenerlei Effloreszenzen an ein und demselben Kranken: 1. An der Dorsalfläche der zweiten Daumenphalanx nahe dem inneren Teil der Nagelbasis ein unbestimmt abgerundeter, 15 : 18 mm großer Plaque, bedeckt mit weißlicher, glatter, 1 mm dicker, psoriasiformer Schuppe, die fest anhängt und runzelige Unterfläche hat. Die darunterliegende Haut lebhaft rot, glänzend, papulös, fast zottig, leicht blutend, die Ränder scharf begrenzt, leicht erhöht. Diese Affektion steht dem Lupus erythematosus oder der Payetschen Krankheit nahe. 2. Auf der Dorsalfläche der ersten Daumenphalanx, der äußeren Fläche der ersten Phalanx des Zeigefingers, auf der vorderen inneren Fläche des unteren Drittels des rechten Vorderarmes etwa 60 isolierte und bukettförmig gruppierte, kleine Papeln, die an jedem dieser drei Körperteile unterbrochene Linien bilden. Die Papeln sind rund, rot, bis 3 mm Durchmesser, in der Regel bedeckt von einer fest anhängenden, glänzenden Schuppe, nach deren Entfernung eine kleine, leicht blutende Depression zu sehen ist. Die Effloreszenzen ähneln Tuberkuliden zwischen Lichen scrofulosorum und den papulo-squamösen Tuberkuliden. 3. An der Palmarfläche der ersten und zweiten Daumenphalanx sowie am Daumenballen Effloreszenzen, den Papeln des Lichen planus gleichend. 4. Auf der Streckfläche des rechten Ellenbogens und in der Beugefalte beider Ellenbogen, an der inneren Fläche des rechten Armes, an beiden Hüften unter den Darmbeinstacheln kleine rote perigiläre Papeln von 1—3 mm Durchmesser, isoliert oder gruppiert, zentral mit kleiner horniger Substanz versehen wie bei Acné cornée, oder überragt von einer konischen hornigen Verlängerung, oft 2—3 mm lang, identisch dem Lichen spinulosus. Verfasser lassen die Frage offen, ob es sich hier um Erscheinungen ein und derselben Dermatose unbekannter Art oder um zufällige Koinzidenzen handelt. Die Radiotherapie hat günstige Einwirkung ausgeübt.

Heft 2.

Behandlung der frischen Syphilis, von Gaucher. Leitmotiv ist: Dem Merkur treu bleiben, das das einzige Heilmittel der Syphilis ist. Vom stomacho-intestinalen Wege gibt Verfasser zu, daß er, wenn er auch nicht die Vergessenheit verdient, in die er gefallen ist, doch weniger wirksam als der subkutane ist. Verfasser verwendet Sublimatpillen, 2 zu 0,01 pro die. Subkutan verwendet Verfasser nur lösliche Salze, Hg bijodatum oder Hg benzoatum, beide 1%ig, täglich 2 ccm. Für das letztere Präparat gibt Verfasser eine besondere Herstellungsart an. Kalomel in 10% Suspension bezeichnet er zwar als wirksam, aber sehr schmerzhaft und gefährlich. Noch mehr trifft ihm letzteres für das graue Öl zu, von dem er zehn Todesfälle gesehen haben will. Die intravenöse Methode ist ihm eine Ausnahmemethode und kommt nur in Betracht, wenn schnelle Wirkung erforderlich, z. B. bei der zerebralen Syphilis. Er nimmt dann das Hg cyanatum, 0,01 pro Tag. Bei der Schmierkur gibt er 5 g pro die. Der rektale Weg erscheint Verfasser wenig zuverlässig, er gibt 0,04—0,06 graue Salbe als Suppositorium täglich. Das Jodkalium, und zwar dieses selbst, nicht andere Jodverbin-

Digitized by Google

dungen, benutzt Verfasser als Adjuvans, nicht bloß im tertiären, sondern auch in den ersten beiden Stadien der Krankheit.

Allgemeine Charaktere und Entwicklung des syphilitischen Schankers bei dem Araber, von LACAPÈRE. Die Veränderungen des Primäraffektes betreffen Form, Farbe und Drüsenschwellung. Die Form ist oft unregelmäßig, weil das auch die die Eingangspforte bildenden Exkoriationen sind, die Zahl häufiger multipel als beim Europäer. Oberfläche des Schankers meist von Kruste bedeckt, da das Präputium fehlt; unter der Kruste mehr oder weniger starke Eiterung. Die Adenopathie infolge sekundärer Infektion häufig suppurativ. Die perigenitalen Schanker sind sehr häufig und bilden 50% der Schanker der Genitalorgane überhaupt. Die Ursache ist die Gewohnheit des Rasierens der Pubes. Die perigenitalen Schanker sitzen am häufigsten in der Regio suprapubica genau über der Symphyse, sind meist sehr hart, oft sehr groß. An der Glans hat der Schanker ekthymatösen Charakter, oft kombiniert mit wirklichen Ekthympusteln in der Umgebung. Chancre mixte stellte Verfasser in 13% fest. Beim weichen Schanker findet man infolge der gewöhnlich mangelnden Reinlichkeit des Eingeborenen typische sekundäre Schanker um die anfängliche Ulzeration herum. Analschanker häufig. Häufig ist auch bei den Eingeborenen schankriformes tertiäres Syphilid und am leichtesten mit Schanker zu verwechseln, häufig mit Adenopathie infolge sekundärer Infektion versehen.

Wie man die Syphilis mit Salvarsan sterilisiert, von BLUM und BRALEZ. In dem einen Falle handelte es sich um einen Chancre redux innerhalb von 1/2 Jahr nach keiner weiteren Behandlung als acht intravenösen Einspritzungen, in dem anderen um hypertrophische Plaques muqueuses der Mandeln nach ein Jahr zurückliegendem Schanker, der mit sechs Einspritzungen von Neosalvarsan und 21 Einspritzungen von löslichem Hg, vor drei Monaten anläßlich des Auftretens neuer Plaques abermals mit acht intravenösen Einspritzungen behandelt worden war, nach welch letzterer Behandlung sich 14 Tage später die neuartigen Plaques einstellten. Der dritte Fall war ein Gumma des Gaumenbogens mit Rhinitis deformans und Ozäna, sechs Jahre zuvor Infektion, damals intravenöse Einspritzungen von Salvarsan, außerdem jedes Jahr eine Serie von zwölf Injektionen von Hg benzoicum. E. Klemm-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Die Wassermannsche Reaktion mit Antigenextrakt aus dem Gehirn von Paralytikern, von AL. OLREGIA, G. F. UREIHIA und A. CARNIOL. (Comptes rend. hebd. Soc. Biol., 1916, Bd. 79, S. 890.) Aus 70 Untersuchungen ermittelten die Verf., daß das Antigen aus dem Gehirn von Paralytikern dem aus der Leber gewonnenen überlegen ist, was die Reaktion im Serum anbelangt. Der positive Prozentsatz ist besonders interessant bei hereditärer Lues und latenter Syphilis. Beim Liquor cerebrospinalis ist der Gebrauch beider Antigene zu gleicher Zeit zu empfehlen. Der Liquor cerebrospinalis zeigt eine geringere Sensibilität des Antigens im Vergleich mit demjenigen der Leber.
K. Boas-Rostock.

„Serologische Serienuntersuchungen," von G. AAHMAN. (Hygiea, Bd. 79, Nr. 10.) Verfasser, der während der Jahre 1915/16 systematische Serienuntersuchungen an allen den Syphilisfällen angestellt hat, die Hg und Salvarsan abortiv erhalten hatten, hat mehrere verschiedene Typen von serologischen Kurven aufgestellt, welchen er eine ausgesprochene prognostische Bedeutung beimißt. Er sondert zunächst einen völlig negativen Typus ab, wo die Wassermannsche Reaktion zu Beginn der Behandlung negativ ist, und auch während der ganzen Behandlung negativ bleibt. Dieser Typus scheint eine absolut günstige Prognose zu gestatten. Ferner unterscheidet Verfasser einen positiven Typus A, bei dem die Reaktionskurve, gleichgültig ob die Wassermannsche Reaktion von Beginn an negativ oder positiv ist, eine schnell vorübergehende positive Phase zeigt, die nach einigen wenigen Salvarsaninjektionen, mit 5—7 Tagen Zwischenzeit, verschwindet und dann negativ verbleibt. Auch dieser Typus gestattet nach Erachten des Verfassers eine gute Prognose, unter Voraussetzung einer etwas energischen Behandlung (6—8 Salvarsaninjektionen und möglichst noch eine gelindere Nachkur). Da-

Digitized by Google

gegen erachtet Verfasser Fälle vom Typus B, wo die Reaktion träger weicht, z. B. erst nach 6—7 Salvarsaninjektionen, als unsicher. Unter acht solchen Fällen hat er zwei gefunden, wo die erste Salvarsaninjektion bei der Nachkur eine positive Phase hervorgerufen hat. Schließlich stellt Verfasser einen Typus C auf, bei dem die Reaktion auch nach einer vollen Kur mit 8 Salvarsaninjektionen nicht zum Weichen zu bringen ist. An Primärfällen hat er nur einen Fall von diesem Typus beobachtet. Dieser Kranke, der während der Behandlungspause negative Wassermannsche Reaktion erzielte, zeigte bei der Nachkur eine positive Phase und bekam später ein allgemeines Rezidiv. Dieser Typus, den Verfasser in prognostischer Hinsicht als absolut ungünstig erachtet, scheint selten zu sein, wenn die Behandlung im Primärstadium beginnt. wird aber bei späteren Fällen öfter beobachtet. Abortivversuche haben bei diesen Fällen keine Aussicht auf Erfolg. Verfasser hat alle auf diese Weise untersuchten und abortiv behandelten Fälle einer zweijährigen, fortlaufenden serologischen Beobachtung unterstellt und betont infolgedessen, daß die von ihm beobachteten serologischen Rezidive sämtlich im ersten Jahre eintraten. Er weist aber darauf hin, daß eine solche Beobachtung nicht als absolut hinlänglich anzusehen ist, da zeitweise, wenn auch selten, langjährige Latenzperioden nachgewiesen werden können. (Eigenbericht.)

W. Holland-Kristiania.

Die Bedeutung serodiagnostischer Untersuchungen für die Prognose der abortiv behandelten Syphilis, von Alfred Perutz-Wien. (W. kl. W., 1916, Nr. 51.) Die Untersuchung von 50 Fällen ergab, daß die Präzipitinreaktion auf Syphilis nach der Methode von Porges-Herman-Perutz im ersten Stadium der Lues häufiger positiv ist als die Wassermannsche Reaktion. Hierbei läßt das Negativbleiben der Wassermannschen Reaktion allein nicht den Schluß zu, daß die Lues noch nicht generalisiert sei. Infolgedessen gibt dasselbe auch keine Sicherheit für den Erfolg einer eingeleiteten Abortivkur. Die günstigsten Bedingungen liegen erst bei gleichzeitigem Ausbleiben der Ausflockungsreaktion von Porges-Herman-Perutz vor. H. Vörner-Leipzig.

Worauf beruht die Seroreaktion der Syphilis? von Arthur Vernes. (Presse méd., 1917, Nr. 69.) Eine Suspension von kolloidalem basischem Eisenazetat wird durch Zusatz von menschlichem Serum ausgeflockt, und zwar nichtsyphilitisches Serum stärker niederschlagend als normales, doch sind die Unterschiede nicht groß genug, um eine praktisch verwertbare Methode darauf zu gründen. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Die Gerinnungsreaktion nach Klinger-Hirschfeld bei Syphilis, von Sordelli und Fischer. (D. m. W., 1917, Nr. 11.) Die Verfasser haben im bakteriol. Institut in Buenos Aires die Gerinnungsreaktion nach Klinger und Hirschfeld (D. m. W., 1915, Nr. 31) in 210 Fällen nachgeprüft. Sie erhielten in 93.2% mit der Wassermannschen Reaktion übereinstimmende und in 6,7% verschiedene Resultate.

E. Brinitzer-Altona.

Ergebnisse der Untersuchung von 100 mittels der K.-H.-Reaktion zum Zwecke der Feststellung syphilitischer Infektionen geprüften Serumproben, von W. Pfeiler-Bromberg. (Zbl. f. Bakt., 1917, Bd. 79, H. 2.) Die gleichzeitige Verwendung des Hämolysins und Hämagglutinins als Indikatoren bei der Komplementablenkungsreaktion zur Feststellung der Syphilis ist inzwischen in einer weiteren Zahl von Fällen angewandt, auch die Technik ist vervollkommnet worden. Soweit negative Versuchsergebnisse erzielt worden sind, hat, wo Wassermann bzw. auch Stern negativ waren, auch die K.-H.-Reaktion den gleichen Ausschlag gegeben. Was die übereinstimmenden positiven Funde anlangt, so fällt auf, daß die bei der K.-H.-Reaktion ermittelten Werte in einer nicht geringen Zahl höher sind als bei der Ablenkung nach v. Wassermann. In 14% der Fälle zeigte sich Vorliegen positiver Reaktionen bei der K.-H.-Reaktion, wo die Untersuchung nach v. Wassermann negativ war, aber nach Lage der Sache die Diagnose Lues fast ausschließlich gesichert erscheint.

O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Die Torday-Wienersche Reaktion (Gold-Zyan-Aldehyd-Essigsäure-Reaktion) und ihre Bedeutung für die Diagnose der Syphilis, von Halbey-Kattowitz. (M. Kl., 1917, Nr. 5.) In der Einleitung bespricht Verfasser die Schwierigkeiten einer exakt durchzuführenden Wassermannschen Reaktion, welche dieselbe für den gewöhnlichen praktischen Arzt oder auch Kliniker fast unmöglich machen, und zitiert beipflichtend den Much schen Ausspruch, daß immer zahlreiche Untersuchungen zugleich vorgenommen werden sollen, damit die eine Reaktion die andere kontrolliert, und die Klinik die Reaktion kontrolliert. Nach einer ausführlichen kritisierenden Zusammenstellung der verschiedenen, zur Erleichterung vorgeschlagenen Modifikationen der Wassermann-

Digitized by Google

methode, und der Versuche, diese durch andere Reaktionen (Präzipitation, Ausflockung usw.) zu ersetzen, hält Halbey alle bisher angegebenen entweder für wenig zuverlässig und nicht genügend spezifisch, mit Ausnahme der Noguchischen kutanen Luetinreaktion und der Langeschen Goldsolreaktion, für den Liquor cerebrospinalis bei Meta-Luikern. Das wesentlichste Interesse der Arbeit liegt in den Erfahrungen, die Halbey mit der Torday-Wienerschen Reaktion gemacht hat. Dieser Gold-Zyan-Aldehyd-Essigsäure-Reaktion, deren Nachprüfung durch Fabinyi und Hajós schon beachtenswerte Resultate ergeben hat, haftet in noch höherem Maße als der Wassermannschen Reaktion die Schwierigkeit einer sicheren eindeutigen Ablesung des Ergebnisses an; in jedem Falle gehören große Übung und gute Lichtverhältnisse dazu. Außerdem empfiehlt der Verfasser, wie vor ihm schon Fabinyi und Hajós, das Resultat erst $^1/_2$—2 Stunden nach Beendigung der Reaktion abzulesen. Im ganzen war das Ergebnis der Nachprüfungen Halbeys ein günstiges, indem mindestens 80% der Fälle völlige Übereinstimmung zwischen der Wassermannschen Reaktion und der Torday-Wienerschen Reaktion vorhanden war. Sollten sich die Ergebnisse noch günstiger gestalten, so wäre das von großer Bedeutung, da zur Anstellung der Torday-Wienerschen Reaktion kein Tiermaterial, sondern außer den leicht zu beschaffenden Reagenzien nur einige Reagensgläser und eine graduierte Pipette gehören. Was das Wesen der Reaktion anlangt, so glaubt Halbey, daß es sich nicht um eine Eiweißfärbung, ähnlich der Globulinreaktion handelt, sondern daß eher die Organ-Lipoidtrümmer Bitters — die sogenannten Reagine — eine Rolle spielen; doch sind hierzu noch genauere Nachprüfungen notwendig, wie überhaupt, ehe man die Torday-Wienersche Reaktion als einen vollständigen Ersatz für die Wassermannsche Reaktion ansprechen kann. Für die Untersuchung des Liquor cerebrospinalis scheint sich die Torday-Wienersche Reaktion nicht zu eignen.

O. Lasch-Breslau.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Anaphylaktischer Anfall nach Milchinjektion, von Moritz Oppenheim. (W. kl. W., 1917, Nr. 48.) Der Anfall trat nach einer zweiten Injektion ein, welche sieben Tage nach der ersten gegeben wurde. Dieselbe war von bedrohlichem Charakter, verlief aber günstig. H. Vörner-Leipzig.

Fernwirkungen absorbierten Lichtes, von Buttersack. (B. kl. W., 1917, Nr. 53.) Verf. beschreibt zwei Fälle von papulöser Dermatitis solaris, bei denen sich die entzündliche Reizung nicht nur auf die direkt belichteten Stellen beschränkte, sondern an den Unterarmen weiter hinauf reichte, auch Fußrücken und Unterschenkel befiel. Verf. erblickt hierin eine Fortpflanzung der Lichtwirkung, indem von der Haut als Transformator der strahlenden Energie das Blut und die Gewebe Lichtenergie aufnehmen und weitertransportieren. E. Klemm-Leipzig.

Verschiedenes.

Hofrat Prof. Gustav Riehl in Wien erhielt in Anerkennung aufopferungsvoller Leistungen im Sanitätsdienst während des Krieges, das Komturkreuz des Franz Josefs-Ordens mit der Kriegsdekoration.

Dr. Ernst Levin in Berlin erhielt in seiner Tätigkeit als Arzt der Berliner Sittenpolizei das Verdienstkreuz für Kriegshilfe. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

28. September 1918 | Nr. 39 | Band 67

Aus der Universitäts-Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Göttingen.

Künstliche Querfurchenbildung der Nägel.

Von

Prof. Dr. Erhard Riecke.

(Mit 2 Abbildungen.)

I.

Während über künstlich entstandene Dermatosen in der Literatur zahlreiche Belege vorhanden sind, sind Fälle artifizieller Nagelerkrankungen meines Wissens seltener mitgeteilt. Häufig sind naturgemäß Nagelveränderungen, durch Trauma unabsichtlich entstanden: durch Stich, Hieb, Schlag, Druck, Quetschung, Stoß u. dgl. m. verursachte Verletzungen der Nagelplatte, der Nagelmatrix, der Nagelwälle, ferner Blutungen unter die Nagelplatte u. a. m. Auch durch gewerbliche Schädigungen bedingte Nagelanomalien: diffuse Verfärbungen und Folgezustände chemisch bedingter Entzündung des Nagelbettes und der Nagelfalze sind durchaus bekannte Erscheinungen in Form von unregelmäßig höckeriger, glanzloser, bald verdickter, bald verdünnter Beschaffenheit der Nagelplatten und horniger, graugelber, verdickter Umrandung derselben.

Am bekanntesten, weil deutliche Deformitäten des Nagels daraus entspringen, sind Vorkommnisse, bei denen die Nagelmatrix von der Verletzung mit betroffen wird. Je nach der Ausdehnung und dem Sitz der durch das Trauma bedingten Zerstörung der Nagelmatrix zeigt auch die daran sich anschließende Neubildung statt der Nagelplatte entsprechende Gestaltveränderung; es entstehen dadurch unregelmäßig höckerige Nagelwülste, Unebenheiten, Einsenkungen und Erhebung verschiedenster Art mit abnormer Verhornung einhergehend: diese Bildungen haben alle bleibenden Charakter im Sinne von Narben, da eben das nagelbildende Substrat an den betreffenden Stellen ausgeschaltet ist. Traumatische Schädigungen, die die Nagelplatte allein betreffen, verlieren sich mit dem weiteren Wachstum derselben im entsprechenden Maße, doch kommt es hierbei auf die Intensität der Gewalteinwirkung, besonders auf die mehr oder weniger tiefgehende Schädigung der Nagelsubstanz an, wieweit und wie bald die Deformität der Nagelplatte wieder ausgeglichen wird.

Aber Nagelveränderungen, durch absichtliche — wenn auch nicht immer beabsichtigte Wirkungen zeitigende — Maßnahmen herbeigeführt, haben bislang kein größeres Interesse gefunden.

Wir wissen, daß bei den absichtlichen Schädigungen der Haut, von unmoralischen Beweggründen abgesehen, namentlich der Hysterie und verwandten Psychopathien eine hervorragende Bedeutung zukommt;

Digitized by Google

es ist daher eigentlich verwunderlich, daß ein so greifbares und so leicht zugängliches Organsystem, wie die Nägel, nicht öfter als Objekt der Mißhandlung von Hysterischen u. ä. erwählt wird. Daß die Nägel als Instrument zu absichtlicher Hautentstellung dienen, ist vielfach, auch von mir, beobachtet worden, aber Nagelveränderungen als solche, wenn man von dem glatten Abgeschliffensein der vorderen Nagelränder durch gewohnheitsmäßiges Kratzen absieht, sind uns nicht dabei unterlaufen: auch J. Heller weiß wenig darüber zu berichten.

Kürzlich hat nun W. Fischer aus der Buschkeschen Abteilung über mehrfache Querfurchenbildung der Nägel nach Tuberkulininjektionen und bei Malaria in dieser Wochenschrift berichtet und unter Berücksichtigung der nicht sehr ausgiebigen einschlägigen Literatur auch für seine Fälle die Ansicht mit Recht vertreten, daß es sich dabei um Störungen im Nagelwachstum handelt, welche mit allgemeinen Schädigungen des Organismus Hand in Hand gehen, bzw. in Verbindung zu bringen sind.

Fig. 1.

In einer kleinen Anmerkung spricht Fischer von den strichförmigen Leukonychien infolge von Manikure namentlich bei Frauen. Solche Formen können den Querfurchenbildungen nach Infektionskrankheiten und anderen den Allgemeinzustand schädigenden Leiden sehr ähnlich sehen, namentlich wenn die Furchen sich mit Ruß usw. schwärzlich imprägnieren, und erheischen mindestens in diagnostischer Beziehung ein erhöhtes Interesse, weshalb folgende Beobachtung mitgeteilt sei.

P. L. aus C., 22 Jahre alt, Fabrikarbeiter, z. Z. Infanterist, steht wegen akuter Gonorrhoe in Behandlung. Abgesehen von seiner lokalen Infektionskrankheit weist der Kranke keinerlei Störungen an den inneren Organen auf, es bestehen keinerlei nervöse Erscheinungen. Haut und sichtbare Schleimhäute intakt. Urin frei von Zucker und Eiweiß.

An sämtlichen Endgliedern der Finger beider Hände, mit Ausnahme der beiden Daumen, finden sich gleichsinnige Veränderungen der Nagelplatten, und zwar scheint bei oberflächlicher Betrachtung eine symmetrische Anordnung derselben zu bestehen. Es sind etwa $^1/_4$ mm breite, also linienförmige, strichartige Vertiefungen in der Nagelplatte vorhanden, welche quer parallel verlaufend distalwärts sanft konkav geschweifte Formbildung haben. Die Einsenkungen weisen schrägen Abfall auf, indem sie von distal oben nach proximal unten sich erstrecken. Die Furchen sind überaus seicht und dringen nirgends durch

Digitized by Google

die ganze Nagelplatte durch; auch erscheinen sie nicht überall von gleicher Tiefe. Ihre Ränder sind durchaus glatt und scharf, ohne jede weitere Veränderung. Die Basis der Furchen ist schwärzlich verfärbt, wodurch diese sich markant von ihrer hellen Umrandung und Umgebung abheben. Die Länge der einzelnen Fissuren erweist sich nun bei genauerer Betrachtung verschieden. Bald nehmen die dunkeln Striche die ganze Nagelbreite ein, bald nur drei Viertel, bald nur die Hälfte derselben; schließlich finden sich auch Furchen von nur wenigen Millimetern in der Länge. Am wenigsten befallen ist der rechte Kleinfingernagel, reichlicher der linke. Eine ziemlich ausgesprochene Symmetrie besteht am zweiten und dritten Fingernagel sowohl in der Lokalisation als auch in der Länge der dunkel imprägnierten linearen Veränderungen. Im ganzen sind durchschnittlich vier bis fünf solcher parallel verlaufenden, im leichten Bogen geschweiften, schwärzlichen fissuralen Einsenkungen an den Nagelplatten der befallenen Finger festzustellen.

Die Umgebung der Furchen ist unverändert, wie überhaupt die Nagelsubstanz sonst überall von normalem Glanz, normaler Dicke und normaler Härte ist. Nur hier und da finden sich vereinzelt kleine unregelmäßige, seichte, grübchenförmige Defekte zwischen den linearen Veränderungen vor.

Die Lunula tritt überall an den Nägeln nur sehr unvollkommen zutage, an manchen Stellen in einem kaum 1 mm breiten Saume; die hellere Zone schließt in nach vorn konvexem Bogen ab. Die Nagelfalze sind graugelb, leicht verhornt, machen aber im ganzen einen durchaus normalen Eindruck. Das Nagelbett unter dem vorderen Rande der Nagelplatte ist, soweit sichtbar, unverändert.

Das hier vorliegende Krankheitsbild ist mithin bemerkenswert durch das Vorhandensein paralleler, leicht geschweifter, flacher, schräg verlaufender, dunkel erscheinender, mehr oder weniger seichter Furchen in den Nagelplatten fast sämtlicher Finger, wobei eine gewisse Regelmäßigkeit in der Anordnung der Vertiefungen ins Auge fällt.

Die Gleichsinnigkeit und Symmetrie der linearen Defekte lassen zunächst die Frage zu, ob es sich nicht um Veränderungen handeln dürfte, welche durch eine gemeinsame, eine einheitliche innere Ursache bedingt sind. In erster Linie konnte an eine kongenitale Wachstumsanomalie der Nagelplatten gedacht werden. Die Anamnese schloß solche Form mit Bestimmtheit aus, wie andererseits derartige Verbildungen als intrauterine Störungen nicht recht erklärlich erscheinen.

Die von Fischer erwähnte „physiologische Nagellinie" Schicks stellt eine wallartige Linie, mit konvexem Rand distalwärts gerichtet, dar, die am 90. Tage post partum den vorderen Nagelrand erreicht hat; sie kommt daher auch beim Erwachsenen nicht in Betracht. Sie sei hier aber deshalb nochmals erwähnt, weil analoge klinische Bilder auch artifiziell gelegentlich vorkommen können. Ich hatte Gelegenheit, im Felde einen Soldaten zu beobachten, der eine solche wallartige Linie mit distaler Furche aufwies; diese Anomalie befand sich an sämtlichen Fingernägeln in der Mitte der Nagelplatte etwa, nur entsprach sie insofern nicht dem Bilde der von Schick geschilderten Nagellinie, als sie distalwärts konkav gebogen war. Ihr Zustandekommen erklärte sich durch Artefakt seitens des Mannes bei ungeschickten Manikureversuchen.

Am meisten lag es bei unserem Falle natürlich nahe, an die Folgezustände einer Allgemeinerkrankung zu denken, welche mit einer Ernährungsstörung einhergegangen ist, die sich im gestörten Nagelwachstum sichtlich zu erkennen gibt. Bei akuten und chronischen Krankheiten sind solche Furchenbildungen beobachtet worden, bei nervösen Erschöpfungszuständen, nach Geburten kommen sie vor. In unserem Falle

Digitized by Google

war ein Zusammenhang mit der bestehenden akuten Gonorrhoe zu erwägen; da diese aber erst seit einigen Tagen bestand, kam sie als schädliches Agens nicht in Betracht.

Welche Momente gestatteten nun in unserem Falle die Sicherstellung der Diagnose? In erster Linie fiel das Freibleiben der Daumennägel auf; im allgemeinen sind es gerade diese, welche am häufigsten und ehesten bei trophischen Allgemeinstörungen in Mitleidenschaft gezogen werden. Sodann ergab eine genauere Prüfung, daß die Symmetrie der Furchen doch keine vollständige war, vielmehr an den meisten Nägeln Distanzdifferenzen der Furchen, sowohl vom unteren Nagelwall aus gerechnet als auch unter sich, bestanden; bemerkenswerterweise fand sich solche räumliche und damit auch zeitliche Inkongruenz auch an den korrespondierenden Fingernägeln jeder Hand.

Daß die Zahl der Furchen eine wechselnde ist, ließe sich schließlich noch mit einer mehr oder minder ausgiebigen Wirkung des allgemeinschädigenden Agens erklären. Dagegen bedeuten die verschiedene Länge und die verschiedene Tiefe der Furchen untrügliche Zeichen dafür, daß eine gemeinsame und gleichsinnig wirkende allgemeine Krankheitsursache nicht in Frage kommen konnte.

Als ungewöhnlich darf wohl auch die nach vorn gerichtete konkave Bogenbildung der Furchen angesehen werden, da die physiologische Nagellinie Schicks beweist, daß Spontanbildungen solcher Art mit dem konvexen Rande gegen das freie Nagelende sich orientieren.

Nachdem so die Annahme einer indirekten allgemein wirkenden Körperschädigung sich als hinfällig erwies, blieb in der Tat nur übrig, auf eine von außen wirkende Krankheitsursache zu fahnden. Die eigentümlich schrägen Verlaufsrichtungen, die Ungleichmäßigkeit der Furchen in Länge und Tiefe, ihr Mangel an genauer Symmetrie, ihre konkaven Ausbuchtungen nach vorn deuten darauf hin.

Auf Befragen gab denn auch der Kranke an, daß er seit Jahren oft an Niednägeln gelitten habe. Um diesen von ihm sehr lästig empfundenen Vorkommnissen vorzubeugen, hat er sich seit Jahren angewöhnt, mit der Schneide seines Taschenmessers sich die äußerste Partie des unteren Nagelfalzes abzuschneiden, um auf diese Weise der Bildung der schmerzhaften Einrisse vorzubeugen. Mit dieser Prozedur hat er dann regelmäßig das Zurückschieben des unteren Nagelfalzes verbunden. Dieses Verfahren übt der Kranke seit jener Zeit durchschnittlich zweimal im Monat. Die Pathogenese der vorliegenden Nagelveränderung findet demnach ihre Erklärung in einem mechanischen, durch die scharfe Messerklinge erzeugten Eindruck in den Teil der Nagelwurzel, welcher eben noch normalerweise vom Nagelwall bedeckt ist. Dort wird durch die Messerschneide eine ganz oberflächliche Rhagade in der verhältnismäßig weichen Zellschicht der proximalen Nagelwurzelteile hervorgerufen. Diese Läsion bleibt nun in der Nagelplatte erhalten und wird beim Wachstum distalwärts vorgeschoben. Da das Trauma immer in annähernd gleichen Zeitabschnitten erneut einwirkte, so erklärt sich zwanglos daraus die in ungefähr gleichen Abständen vielfach vorhandene Entfernung der einzelnen Querfurchen

Digitized by Google

voneinander. Nach den Angaben von Heller beträgt die normale Nagelwachstumsgeschwindigkeit 0,1 mm täglich. In zwei Wochen würde sich also der Nagel etwa 1,4—1,5 mm, vom vorderen Rande des unteren Nagelwalls gerechnet, vorschieben. Tatsächlich entsprach die Entfernung der einzelnen linearen Furchen voneinander im vorliegenden Falle diesen Raumverhältnissen; zwar nicht regelmäßig und genau, aber es sind eben auch nicht so genau und regelmäßig alle 14 Tage die traumatischen Einwirkungen erfolgt.

II.

In weit näherer Beziehung zu dem Fischerschen Fall von Querfurchenbildung der Nägel nach Tuberkulininjektionen bei einem Phthisiker steht die folgende Beobachtung einer Nagelfurchung, welche mittelbar auch auf eine allerdings gänzlich unwillkürliche artifizielle Einwirkung zurückzuführen ist.

Fig. 2.

K. H. 28 Jahre alt, Briefträger aus D.-H., z. Z. Sergeant. Früher nie schwerere Krankheiten, besonders nicht in den letzten Jahren. Am 28. April 1918 erlitt Patient einen Unfall durch Explosion einer Kartusche. Es erfolgte eine Verbrennung am Kopf, Gesicht, und an den Händen. Im Anschluß an die Verbrennung konnte der Kranke 2—3 Wochen lang nicht sehen, da die Augen stark geeitert haben sollen. Auch die Haut an den anderen betroffenen Stellen war so stark verbrannt, daß mehrere Wochen Eiterabsonderung bestand. In der ersten Woche nach dem Ereignis war Fieber vorhanden, welches abends bis auf 41° anstieg; Morgentemperaturen 39° und mehr. In der zweiten Woche allmähliches Nachlassen des Fiebers, doch war auch in der vierten Woche noch leichte Temperaturerhöhung vorhanden.

Mit der Verbrennung der Hände ging eine Schwarzfärbung der Nägel einher, die so verfärbten Nagelplatten schoben sich allmählich vor, indem nach etwa drei Wochen ein heller Saum am unteren Nagelfalz sich gezeigt haben soll.

Behandlung der Verbrennung mit Umschlägen und Salben.

Befund am 1. VIII. 18. Die Haut beider Handrücken und größerer Anteile der Fingerrücken ist scheckig marmoriert, indem diffuse Braunfärbung mit blaurot verfärbten Stellen untermischt ist und weißliche, vitiligoartige Flecke und Umsäumungen dazwischen reichlich vorhanden sind. Die Haut an beiden Handrücken ist deutlich narbig verändert,

Digitized by Google

und zwar erscheint sie teils glatt und glänzend ohne Hautfelderung, teils in zahlreiche oberflächliche Falten gelegt, vergleichbar alsdann dem Aussehen gerissener Porzellanglasur. Die Haut ist auf der Unterlage leicht verschieblich, wobei sich eine Vertiefung der Falten hervorrufen läßt. Über den Fingerrücken nur sehr beschränkte Narbenbildung, im übrigen aber die geschilderte buntscheckige Hautfärbung auch da, wo keine narbige Veränderung vorhanden ist. Die Nägel sind im großen ganzen von normalem Glanz, nur am vierten Finger der rechten Hand zeigt sich eine zentimeterbreite, distale, getrübte gelbbräunliche Zone der Nagelplatte. Im übrigen findet sich an sämtlichen Nägeln etwa auf der Grenze des proximalen Drittels zum mittleren Drittel der Nagelplatte eine deutlich geschweift verlaufende Furche, die überall nach vorn konvex ausgebogen ist. Es ergibt sich mehrfach ein nahezu gleichmäßiger steiler Abfall des proximalen Nagelplattenteils zum distalen, wodurch eine scharfe Absetzung des erhöhten hinteren Anteils zum vorderen Teile der Nagelplatte einzutreten scheint. Oft aber erhebt sich auch jenseits, d. h. distalwärts von der Furchung, die Nagelplatte auf gleiche Höhe wie dort.

Die Furchung ist etwa bis zu 1 mm breit und ebenso tief, meist mit gelblich horniger Masse bedeckt, stellenweise auch dunkel imprägniert. Sie reicht überall durch die ganze Breite der Nagelplatten und befindet sich an allen Fingernägeln etwa in gleichem Abstand vom unteren Nagelfalz. Außer der Furchung weisen die Nagelplatten, mit Ausnahme der verfärbten Stellen am vierten rechten Fingernagel und einer kleinen, ebenso beschaffenen Stelle am rechten Daumennagelende, durchaus normalen rosighellen Glanz und Glätte auf. Die Nagelfalze sind ebenfalls unverändert.

Morphologisch handelt es sich um dieselben Querfurchenbildungen, wie sie bekanntermaßen nach akut fieberhaften Erkrankungen sich vorfinden, wie sie nach akuten Erschöpfungszuständen beobachtet sind, wie sie insbesondere von Feer nach Scharlach beschrieben sind, und wie sie Fischer bei Malaria, nach Tuberkulininjektion, auch nach Lungenentzündung, akutem Gelenkrheumatismus und Epididymitis gonorrhoica feststellen konnte, Vorkommnisse, über die Heller bereits ausführliche Angaben gemacht hat.

Was das Zustandekommen anbelangt, so hat als Artefakt im vorliegenden Falle eine Pulververbrennung gewirkt. Diese hat indes wohl nur eine Verfärbung der Nagelplattenoberfläche mit Pulverstaub herbeigeführt, ein Zustand, welcher wohl ganz vorübergehend war — trotz der gegenteiligen Angabe des Kranken. Die Furchenbildung ist nicht als eine direkte Wirkung der Verbrennung aufzufassen, vielmehr ist das langanhaltende, anfänglich sehr hohe Fieber der Grund einer allgemeinen Ernährungsstörung gewesen, welche eine Anomalie im Nagelwachstum zur Folge hatte. Während der Dauer des fieberhaften Krankseins dürfte ein Stillstand, bzw. nur minimales Fortschreiten des Nagelwachstums eingetreten sein, daher die nur schmale Furchenbildung.

Nur langsam hat sich dann wohl das normale Nagelwachstum wieder eingestellt, da jetzt, nach Verlauf von etwa zwei Monaten seit der Entfieberung, die Furche vom hinteren Nagelfalz nur wenige Millimeter entfernt sich befindet. Allerdings betont Heller in seiner Monographie mit Recht, daß der Zeitpunkt, in welchem die Querfurchen sichtbar werden, von mehreren Faktoren abhängig ist, deren bedeutsamster uns die mehr distale oder proximale Lage der pathologischen Matrixveränderung zu sein scheint. Denn daß eine solche der Furchenbildung zugrunde liegt, dürfte sich nicht von der Hand weisen lassen, wenn auch die Pathogenese des Vorganges uns noch unklar ist.

So stimmt denn auch hinsichtlich ihres Zustandekommens diese

Digitized by Google

unsere Beobachtung mit den von Fischer letzthin mitgeteilten Formen überein. Nur die äußere Veranlassung bedarf in unserem Falle der Hervorhebung — die Verbrennung. Sie gab den mittelbaren Anstoß zur Bildung der queren Nagelfurchen, deren unmittelbare Ursache in der allgemeinen Ernährungsstörung zu suchen ist, welche das die Verbrennung begleitende Fieber bedingte.

Literatur.

Fischer, W., Über mehrfache Querfurchenbildung der Nägel nach Tuberkulininjektionen und bei Malaria. Derm. W., 1918, Nr. 29, S. 495. — Heller, J., Die Krankheiten der Nägel. Berlin 1900. — Heller, J., Nagelkrankheiten, in Handbuch der Hautkrankheiten von F. Mračeк. 1907, 4. Bd., 2. Hälfte.

Beiträge zur Geschichte der Lepra[1]).

Von

Dr. Douglass W. Montgomery in San Francisco.

(Übersetzt von Dr. Alb. Kaufmann in Bad Wildungen.)

Wir bezeichnen heute mit „Lepra" eine ausschließlich durch den Bazillus Hansen verursachte chronische Infektionskrankheit, die besonders die Haut und die peripheren Nerven befällt. Die äußeren Symptome dieser Krankheit sind wegen der Beteiligung von Haut und Nerven deutlich, augenfällig und zugleich auch abstoßend. Letzterer Umstand befähigte selbst diejenigen, die in klinischer Beobachtung völlig ungeübt waren, zu einer wenn auch unvollkommenen Beschreibung der Krankheit, und so können wir in Schriften, die Menschenalter zurückliegen, noch den Spuren der historisch so interessanten Krankheit nachgehen.

Die Lepra, die wir jetzt kennen, bietet ein gut umschriebenes Krankheitsbild mit völlig sicheren und ausgesprochenen Symptomen. Auch die Ursache der Krankheit steht durchaus fest. Indessen ist diese Präzision erst ein Erfolg der letzten Jahre. In den früheren Werken von Danielssen und in dem älteren Boeck aus dem Jahre 1842 war die Symptomatologie der Lepra noch nicht völlig bekannt. Es herrschten noch die nebligen Vorstellungen des Mittelalters und der vergangenen Zeitalter. Die früheren, historisch aneinandergereihten Studien über diese Krankheit, zeigten, wie die Schilderungen der chronisch verlaufenden Krankheiten überhaupt, das wirre Bild eines Durcheinander von Symptomen. Später begann dann die Einteilung in Gruppen.

Bichat (1771—1802) kann auf Grund seiner Forschungen in pathologischer Anatomie und in Physiologie als der Gründer der modernen Medizin betrachtet werden. Ihm folgte alsbald Laënnec (1781—1826) mit seinen Studien über die Auskultation der Brustorgane. Von dieser

[1]) Vortrag in der Sektion für Dermatologie auf der 66. Jahressitzung der Americ. Med. Assoc., San Francisco, Juni 1915. (J. Americ. Med. Ass.)

Digitized by Google

Zeit ab hat es in den Zentren der westlichen Zivilisation nicht an bedeutenden Männern gefehlt, die unsere Kenntnis vom gesunden und kranken Menschen durch klinische Beobachtung, durch Nekropsie und durch peinliche naturwissenschaftliche Experimente vertieft und erweitert haben. Anfänglich beschäftigten sich diese Forscher, die mit anderem Beobachtungsmaterial überhäuft waren, nicht mit der Lepra; es gab übrigens in den Städten, in welchen das Studium der Medizin blühte, auch keine Lepra. Die Studierenden wurden jedoch unentwegt zu klinischer Beobachtung und zu pathologischer Forschung angehalten. So vorgeschult, konnten Danielssen und Boeck 1842 die Lepra Norwegens, in welchem Land ein Hauptherd von den großen Epidemien des Mittelalters zurückgeblieben war, in befriedigender, wohl abgerundeter und wissenschaftlicher Form als eine ihrem Wesen nach selbständige Krankheit beschreiben.

Kurz nach Kochs Entdeckung des Tuberkelbazillus 1882, fand Armauer Hansen in den Läsionen der obengenannten norwegischen Lepra einen säurefesten Bazillus. Letzterer war in den meisten Läsionen der Lepra so konstant und zahlreich vertreten, daß sich dieselbe als eines der besten Beispiele für diese besondere Art vom Gewebsparasitismus darstellt.

Es ist klar, daß die Auffassung dieser Krankheit von einem gutgeschulten Arzt von heute, dem die ganze diesbezügliche Literatur in den Werken Danielssens und Boecks und seiner Nachfolger zur Hand ist, sich sehr von den dunkeln Ideen von früher unterscheidet. Immerhin, so nebelhaft und unbestimmt auch die Vorstellungen der älteren Ärzte und der Laienschaft waren, sie sind darum nicht weniger interessant, mögen sie nun aus wahren oder auch aus falschen und fehlerhaften Vorstellungen hervorgegangen sein.

Jedes Zeitalter nimmt zu besonderen Fragen geschichtlich seine eigene Stellung ein. Auch die Lepra bildet keine Ausnahme von dieser Regel. Die Griechen hatten eine reiche bildnerische Phantasie. Die Anmut und die Gestalt des ruhenden oder bewegten Körpers zog sie mächtig an, denn sie erblickten in ihm die höchste Offenbarung der Schönheit. Allein, wer Sinn für das Schöne an einem Gegenstand hat, sieht auch das Häßliche an demselben, und so war es nur natürlich, daß die Griechen sich für die Lepra interessierten, und es ist, wie wir später sehen werden, ganz charakteristisch für dieselben, daß sie der Krankheit den Namen „Elefantiasis" gaben.

Mit dem Worte „Elefantiasis" bezeichnen wir heute hyperplastische Wucherungen der Haut und des daruntergelegenen bindegewebigen Lagers, die hauptsächlich die unteren Extremitäten befallen, und die die Folge einer Verstopfung und Verlegung des Lymphgefäßsystems sind. Das was an dem klinischen Bilde besonders ins Auge fällt, ist die gigantische kissenartige Verdickung gewöhnlich einer unteren Extremität, die dadurch ein elefantenartiges Aussehen annimmt. Diese Art der Verdickungen kann auf verschiedene Ursachen zurückgehen. Hier zu Lande ist sie gewöhnlich die Folge einer chronischen Streptokokkeninfektion mit wiederholten Attacken von Erysipel. Im allgemeinen, aber nicht regelmäßig, ist letzteres mit Ulcus cruris verbunden. In einigen tro-

Digitized by Google

pischen Ländern verursacht eine endemische Krankheit, Filaria, ungeheuere Verdickungen der Beine und des Skrotum. Ferner kann Elefantiasis durch direkten Verschluß der Lymphzirkulation infolge von Tumoren oder von Narbenzügen entstehen.

Enorme Vergrößerungen der Schamteile werden z. B. durch gewöhnliche syphilitische Geschwüre und durch Narbenschrumpfung im Rektum beobachtet[1]).

Die Eroberungen Mohammeds und seiner Nachfolger hatten zur Folge, daß die Araber ein reiches und hochkultiviertes Volk wurden, und als eine von den Früchten dieser Kultur ist die Beschäftigung der Araber mit der Medizin zu betrachten. Da sie in einem Lande lebten, in welchem Filaria herrschte, so beobachteten sie vielfach die auf diese Krankheit zurückzuführenden enormen Vergrößerungen der unteren Extremitäten und des Skrotum. Diese Verdickungen faßten sie zugleich mit einigen anderen, die sie antrafen, unter einen Namen, da al-fil, Elefantenfuß, zusammen. Der Begriff der Elefantiasis deckt sich zwar mit unserem Terminus; der Unterschied — er ist groß genug — besteht jedoch darin, daß wir, soweit es angängig ist, die verschiedenen Arten nach ihrer Ätiologie sondern, während die Araber alle Fälle ihrem ganzen Aussehen nach zusammenfaßten.

Nach griechischer Begriffsbestimmung wird Elefantiasis für Lepra gebraucht, was von der arabischen und von unserer Auffassung erheblich abweicht. Es wird mit dieser Bezeichnung eine Phase der Lepra festgehalten, der wir in der modernen Medizin wenig Beachtung zuwenden.

Wie oben gesagt, befällt die Leprainfektion die Peripherie, ergreift die Haut und kriecht die Nerven entlang. Werden die Nerven affiziert, so entstehen Paralyse, sensorische Störungen und Atrophie in den von diesen Nerven ernährten Regionen. Geschwüre, hauptsächlich der Füße, begleiten häufig die Lepra. Einige von ihnen sind auf Grundlage trophischer Nervenschädigungen entstandene perforierende Ulzera. Andere gehen auf Verbrennungen oder andere Schädlichkeiten zurück. Die Verbrennungsgeschwüre werden relativ häufig angetroffen, da bei der leprösen Neuritis schon früh der Temperatursinn erlischt. Oft geht von diesen Ulzerationen eine Streptokokkeninfektion aus, die zu mehr oder weniger schweren Erysipelattacken mit folgender Infiltration der äußeren Bedeckungen und Deformation des Fußes führt. Hinzu kommt, daß die trophischen Störungen der Lepra oft auf die tieferen Gewebsfunktionen übergreift und Verkürzung der Zehen und des Fußes durch Knochenabsorption bewirkt[2]). Schreitet die lepröse Neuritis nach aufwärts fort, so entstehen Paralyse und Schrumpfung der großen Wadenmuskeln, die den Fuß bewegen. Das hat wiederum einen stumpfförmigen Klumpfuß

[1]) TOMASCZEWSKI, Elefantiasis, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, E. RIECKE 1914, S. 425. Verlag von Gustav Fischer, Jena.

[2]) DUBREUILH, W., und BARGUES, A. geben an, daß die Griechen der Krankheit den Namen „Elefantiasis" wegen des häufig angetroffenen Klumpfußes gaben (La Lepre de la Bible, Lepra, Nov. 1914. S. 14). Ein deutscher Autor, dessen Name mir gerade nicht einfällt, spricht in demselben Zusammenhang von: „Der schleppende Gang". Unzweifelhaft der Ausdruck ihrer beiderseitigen Vorstellung.

Digitized by Google

und Abmagerung des Beines zur Folge. Durch Verlust der Flexionsfähigkeit des Fußes und des Beines kommt ein rollender Hacken- und Zehengang und infolge der Paralysen ein loses Schleudern in Knie und Hüfte zustande, ähnlich dem schleppenden Gange eines Elefanten. Man kann leicht sehen, daß sich zweierlei Vorstellungen mit dem Worte „Elefantiasis" bei den Nachbarvölkern verknüpften. Die Griechen wollten mit dieser Bezeichnung hauptsächlich die Körperhaltung charakterisieren und faßten unter dem Namen „Elefantiasis" Lepra und zweifellos auch viele andere Affektionen zusammen, mit denen Klumpfuß und schleudernder Gang verbunden war. Der Ausdruck ist, wenn man den bildnerischen Schönheitssinn der Griechen in Betracht zieht, durchaus verständlich. Die Araber wollten jedoch mit dem Ausdruck das Gigantische, das durch übermäßiges Wachstum Mißgestaltete treffen und begriffen darunter neben anderen Krankheiten auch die Affektion, von der wir heute wissen, daß sie durch Filaria sanguinis hominis bewirkt ist. Der Ausdruck bezog sich passend auf die plumpe Verdickung des Beines. Der scharfe Blick für das Schöne ging den Arabern, die aller bildenden Künste bar waren, zwar ab. Die Bezeichnung traf jedoch das Richtige. Der Ausdruck gestattete keine genauere Umgrenzung; aber genaue Definierung war kein Charakteristikum jener Zeiten.

Zur Zeit der Kreuzzüge (1095—1270) betrachtete man im religiösen Eifer jedes sichtbare körperliche Leiden, so auch die Verkrüppelung, als förderlich für das Heil der Seele, und da man es als ernste Lebensaufgabe ansah, sich von der Verderbnis des Fleisches zu befreien und der geistigen Erhebung zu leben, so ist es leicht begreiflich, wie sehr man solch ein deformierendes Leiden, wie die Lepra, wertschätzte.

St. Giles, nach dem so viele Leprahäuser in England benannt waren, war verkrüppelt[1]). Sein Leiden entstammt einer Wunde, nicht der Lepra; aber er wünschte ungeheilt zu bleiben, um Kraft zu schöpfen aus der Kasteiung des Fleisches. Das illustriert genügend die Stellung, die das Zeitalter gegenüber solchen Erkrankungen einnahm. Die Tempelritterschaft war die mächtigste mönchisch-militärische Organisation, die unter dem Einfluß der Kreuzzüge entstanden war. Sie wurde so reich und so mächtig, daß sie mehr als einen Thron in Europa bedrohte. Und zur Zeit hieß es, nur ein Leprakranker könne als Kandidat für die Großmeisterschaft dieser Organisation auftreten. Will man sich eine Vorstellung von der Denkungsweise des mittelalterlichen Volkes machen, so lese man RABELAIS nach, den großen Spötter, der zu einer Zeit lebte und schrieb, als der das Zeitalter belebende Hauch schon zu verwehen und die Morgendämmerung der schimmernden Renaissance schon heraufzuziehen begann. Er schildert den berühmten Streit zwischen dem Engländer THAUMASTE und PANURGE. Es war ein völlig wortloser, nur in der Zeichensprache ausgetragener Disput. Im Verlaufe desselben zieht PANURGE ein Stück einer weißen Ochsenrippe und zwei Stäbe aus der Tasche, den einen schwarz, den andern rot. Indem er sie zusammenschlägt, erzeugt er Klänge, so wie man sie von Leprakranken in der

[1]) FLETCHER, W. G. D.: The Lepers of Shrewesbury, Without the Camp, Jan. 1912; abstr., Lepra, Juni 1912, S. 222.

Digitized by Google

Bretagne zu hören pflegt, doch klarer und harmonischer. Die zuhörenden Ärzte und Wundärzte meinen, PANURGE wolle damit andeuten, daß THAUMASTE leprakrank sei. Die Ratsmitglieder, Rechtskundigen und Dekretisten halten dafür, durch die Handlung solle angedeutet werden, der Herr habe die Krankheit einst der Menschheit zu ihrem Glücke gesandt[1]). Man erkannte daraus, daß, als RABELAIS dieses Kapitel 46 Jahre nach der Entdeckung Amerikas schrieb, wohl noch die Meinung fortbestand, die Krankheit sei ein Gewinn für Geist und Seele. Indessen galt dieser Glaube für veraltet und bot eine Zielscheibe für Spott und Gelächter. So kann es denn nicht Wunder nehmen, daß bei dieser Geistesverfassung in der Zeit der Kreuzzüge die Lepra in Europa mächtig anwuchs, zumal es bei dem niedrigen Stande der Zivilisation allgemein an Hygiene fehlte.

Das Zeitalter der Reformation und der Renaissance bietet in bezug auf Lepra sehr viel Anerkennenswertes. Es war eine Zeit, in welcher die Bibel wieder alles Interesse erregte und weite Volkskreise mit Gläubigkeit alles hinnahmen, was in derselben geschrieben stand. Durch ein seltsames Zusammentreffen wurde sie zu dem hauptsächlichsten politischen Dokument in einer Zeit der erbittersten politischen Kämpfe, die jemals geführt worden waren, und die im 30jährigen Kriege ihre Spitze fanden. Während dieser ganzen Periode und noch lange Zeit nachher wurde die Bibel mit fanatischer Hingebung studiert, die wir jetzt kaum noch würdigen können. Infolge irrtümlicher Übersetzung eines Wortes in derselben und infolge eines weiteren Irrtums, der in der Anwendung biblischer Gebote auf die besagte Krankheit bestand, kam es dahin, daß man die Lepra als eine höchst infektiöse Krankheit ansah. Will man die Vorgänge richtig verstehen, so muß man notgedrungen auf eine Zeit zurückgreifen, wo die Juden unter der Priesterherrschaft lebten. Man wird den wahren Begriff des hebräischen Wortes Zaarath ergründen müssen, das von den alexandrinischen Juden mit dem griechischen Worte Lepra übersetzt wurde.

Unter Moses und seinen Nachfolgern beherrschte die hebräische Theokratie so das Volk, wie es eben nur eine Priesterherrschaft vermag. Unter diesem sonderbaren Regiment war es möglich, daß irgend jemand aus dem Volke vor einen priesterlichen Gerichtshof zitiert werden konnte, um sich einem peinlichen Verhör zu unterwerfen, ob er „Zaarath" oder, wie MC. EWEN es übersetzte, „taboo"[2]) wäre. Gegen dieses Gericht gab es keine Berufung. Auf einen Zeugenbeweis gestützt, fällte es sein Urteil und der „taboo" Erklärte, wurde verurteilt und mußte sich unterwerfen. Bei solchen Verhören suchte man nach den geringfügigsten Erscheinungen auf der Haut, auf Grund deren die Verurteilung erfolgte, Erscheinungen, die in gar keiner Beziehung zu einem ausgesprochenen Krankheitsprozeß standen. Wie UNNA deutlich gezeigt hat[3]), hat Zaarath eine theologische, nicht eine medizinische Bedeutung, und es wäre Zeitverschwendung, wenn man versuchen wollte, das Wort auf irgend eine bestimmte Krank-

---

[1]) RABELAIS, PANTAGRUEL, II. Buch, XVIII. Kap. — [2]) MC. EWEN, E. L., The Leprosy of the Bible; Its Religious Aspect, Biblical World, Oktober, 1911. — [3]) UNNA, P. G., Ein typischer Fall von Papierwissenschaft, Lepra, Februar 1913.

Digitized by Google

heitsgruppe zu beziehen. Zaarath blieb, was es sein sollte, ein vages, unbestimmtes Etwas, das gewöhnlich mit einem äußerlichen, mehr in der Einbildung bestehenden Defekt des Körpers verknüpft war, und das für den damit Behafteten die Verbannung aus der Gemeinschaft nach sich zog. Die Verlassenheit und die Verzweiflung eines solchen Verbannten wird man verstehen, wenn man sich vergegenwärtigt, daß bei Unzivilisierten jeder, der außerhalb der Gemeinschaft stand, als Fremder und als Feind angesehen wurde.

Dieses Wort Zaarath war natürlich den jüdischen Religionsschriften einverleibt.

Bei der Gründung von Alexandrien machten sich viele Juden daselbst ansässig und nahmen ihre Religionsbücher auch dorthin mit sich. Im Laufe der Zeit wurde das Griechische ihre Umgangssprache, die religiösen Schriften wurden in diese Sprache übersetzt und so entstand die Septuaginta-Übersetzung des alten Testamentes[1]). In dieser wurde das hebräische Wort Zaarath mit dem griechischen Worte Lepra übersetzt, das wörtlich eine Schuppe bedeutet und zweifellos einen so weiten und schwankenden Sinn hat, wie der englische Ausdruck „dry tetter" (Trockenflechte). Es schloß hauptsächlich die Psoriasis in sich, und so wurde tatsächlich im letzten Viertel des 18 Jahrhunderts Lepra als eines der Synonyme mit Psoriasis gebraucht. Später bildeten die „Septuaginta" genannten Bücher zugleich mit anderen Schriften jüdischen Ursprungs die Sammlung, die man Bibel nannte, und die noch später die weltbedeutende Stellung als Hauptbuch der Christenheit erlangte. Nebenher hatten diese Schriften, wie oben gesagt, auch großen Einfluß auf die europäische Stellungnahme zur Lepra. Die Septuaginta bildete die Grundlage eines Teiles der lateinischen Vulgata, welche ihrerseits als ein Hilfsmittel bei der Übersetzung der Schriften in die verschiedenen europäischen Sprachen diente. In allen diesen Schriften wurde das Wort Lepra weiter gebraucht.

Während der ersten Jahrhunderte des christlichen Zeitalters müssen diese Schriften nicht annähernd so einflußreich gewesen sein, als sie es später wurden, da nur die Gelehrten — und deren gab es wenige — sie lesen konnten. Das Geistesleben der Kirche entwickelte sich traditionell fort, und zwar unter den wenigen, die lesen konnten. Die Übersetzung des israelitischen Wortes Zaarath, taboo, in das griechische Lepra hatte daher zur Zeit wenig Bedeutung; der Tag, an welchem es Bedeutung gewinnen sollte, rückte heran, war jedoch noch nicht da.

Von der arabischen Zivilisation wurde schon gesprochen; auch der Beschäftigung der Araber mit der Medizin wurde schon gedacht. Die Araber waren indessen keine Forscher, sondern Übersetzer und Nachahmer; sie übertrugen die Werke der alten griechischen und lateinischen Autoren in ihre eigene Sprache. Constantin von Carthago, gestorben im Jahre 1087, übersetzte diese Werke aus dem Arabischen wieder in das Lateinische zurück und, anstatt das Wort Elefantiasis für das arabische Wort djudsam zu gebrauchen, womit die Krankheit, die wir jetzt

[1]) Diese Übersetzung geschah unter Ptolemaeus Philadelphus, 284—246 A. C. und später, weiterhin bis zu 150 A. C.

Digitized by Google

Lepra nennen, bezeichnet wird, wählte er das Wort Lepra, also gerade dasjenige Wort, welches die Übersetzer der Septuaginta gebraucht hatten, als sie das hebräische Wort Zaarath oder taboo übertrugen. Hier erscheint zum erstenmal das Wort Lepra in dem Sinne, wie wir es heute anwenden. Diese Übersetzungen CONSTANTINS waren im Mitteralter sehr beliebt. Wahrlich, der Bankerott des römischen Kaiserreiches war so gründlich, daß das Volk des westlichen Europa einzig und allein durch die Araber und insbesondere durch diesen CONSTANTIN mit den alten griechischen und lateinischen Autoren bekannt wurde.

Das Jahr der Entdeckung Amerikas durch Columbus, 1492, gilt als das Jahr, in welchem die Syphilis von den Seeleuten des Columbus nach Europa eingeschleppt worden ist. Es ist gleichzeitig das Jahr, mit welchem das Mittelalter abgeschlossen wird. Jahre vorher war die Lepra nach und nach aus Europa gewichen und ihre Abnahme und das allmähliche Erlöschen kann, wenigstens teilweise, auf die irrtümlichen Ansichten über diese Krankheit, wie man sie aus der Bibel gewonnen hatte, bezogen werden.

Jahrelang vor dem Auftreten der Reformation wurde die Bibel immer mehr gelesen, und zwar von einem in medizinischen Dingen kritiklosen Volke. Es war daher ganz natürlich, daß, was dort von Zaarath oder, der Übersetzung gemäß, von der Lepra gesagt wurde, auf die in dem Volke so sehr verbreitete und so auffallend scheußliche Krankheit übertragen wurde. Es kommt hinzu, daß CONSTANTIN in seinen Übersetzungen, wie wir gesehen haben, die wirkliche Lepra als Lepra auch bezeichnet hatte. So geschah es denn, daß die strengsten Absonderungsmaßregeln gegen diese vermeintlich höchst kontagiöse Krankheit angeordnet wurden, Maßregeln, die infolge der bestehenden zahlreichen Leprahäuser noch erleichtert waren, und die überdies in der unbestrittenen Autorität der Schrift ihren Rückhalt fanden. Diese Absonderung, in Verbindung mit dem wachsenden Reinlichkeitssinn der vorwärtsschreitenden Zivilisation, hatte einen derartigen Erfolg, daß zu der Zeit, die die Geschichtsschreiber als den Beginn der Reformation angeben (1517), die Lepra im zentralen Europa zu erlöschen begann.

Vieles von dem, was man an Freundlichkeit und Wohlwollen in dieser Welt empfängt, verdankt man einem einnehmenden Wesen. Ein angenehmes oder geniales Gesicht besitzt hohen Wert und ist auch häufig der Abglanz des Gemütes. Und doch zeigten zwei von den selbstsüchtigsten und grausamsten Menschen, die ich je gesehen habe, ein freundliches Gesicht. So kann sich auch hinter einem finsteren und harten Äußeren ein goldenes Gemüt verbergen. Das beklagenswerteste an der Lepra ist die Verzerrung und Entstellung des Gesichts. Bei der tuberkulären Lepra sind die Augenbrauen in zwei unregelmäßige, vorspringende, unbehaarte Wülste umgewandelt. Die Nase ist völlig verunstaltet; Knoten und tiefe Furchen durchziehen die Stirn; die Lippen sind dick und mißgestaltet, und die Wangen sind unregelmäßig verhärtet und verfärbt. Das alles verleiht den tief eingesunkenen Augen etwas Drohendes und Finsteres. Bei der Gesichtsnervenlepra sind die Züge infolge Paralyse und muskulärer Atrophie völlig verzerrt. In keinem Falle bietet solch ein Gesicht einen angenehmen Anblick dar, und es ist durchaus

Digitized by Google

nicht zu verwundern, wenn in den abergläubischen, von Mystizismus durchsetzten Gemeinwesen, wie sie in den europäischen Ländern des Mittelalters bestanden, die Opfer der Lepra mit dem größten Entsetzen betrachtet wurden.

Die armen Leprakranken haben noch ein weiteres unliebenswürdiges Charakteristikum. Sie sind besonders undankbar für jede ihnen erwiesene Aufmerksamkeit und völlig stumpf und gleichgültig gegenüber dem Schrecken, den sie erregen. Ich habe mir oft gedacht, daß diese Stumpfheit und Indifferenz möglicherweise das Resultat einer Toxineinwirkung ist, derselben, die vielleicht auch die Sensibilität der peripheren Nerven aufhebt.

Das sind nur wenige der abstoßenden Züge in diesem abstoßenden Krankheitsbild; und doch kommt, meiner Erfahrung nach, ein Selbstmord selten bei ihnen vor.

Es wird sich kaum feststellen lassen, wie sich das heutige Volk zu der Lepra stellt. Das ist bei den Einzelpersonen so verschieden, daß man schwerlich von einer allgemeinen Strömung wird sprechen können. Immerhin scheint es, als ob das Publikum an dem allgemeinen Altruismus gegenüber den Unglücklichen teilnimmt. Bei den wissenschaftlich Gebildeten ruft die Krankheit lebhaftes Interesse bezüglich ihrer Natur und des Modus der Übertragung hervor. Im allgemeinen verbleibt das Publikum in großer Furcht vor der Ansteckung der Lepra, was einmal von der irrtümlichen Auslegung gewisser Stellen im alten Testament herrührt und ein anderes Mal sich aus dem natürlichen Widerwillen gegenüber der Krankheit erklärt. Man möchte die Kranken augenscheinlich möglichst weit fort bringen mit dem Wunsche, daß sie sich mit ihrer Wiederkehr nicht eben sehr beeilen möchten. Tatsache ist, daß die Lepra schwer und nur unter besonders günstigen Umständen übertragbar ist. Bei einer nur sehr bescheidenen Reinlichkeit kann man die Ansteckung verhüten. Sobald ein Volk die Gewohnheit täglicher Säuberung annimmt, wie es in der modernen Zivilisation üblich ist, stirbt die Lepra aus. Wenngleich also die biblische Ansicht über die hochkontagiöse Natur der Lepra zweifellos mit dazu beigetragen hat, die Epidemie des Mittelalters zu vernichten, so belastet sie im modernen Leben die Unglücklichen mit unnötigem Leid und sollte einer vernünftigeren Haltung Platz machen, die mit den wirklichen Tatsachen in dem Falle im Einklang steht.

Zur Gonorrhoeprophylaxe.

Von

Prof. Dr. Carl Bruck in Altona.

In Nr. 33 dieser Wochenschrift berichtet Hans Hofmann über ein neues Gonorrhoeprophylaktikum Delegon, das Protargol im Gegensatz zu den bei älteren Schutzmitteln üblichen Lösungen in Stäbchenform enthält. Es ist Hofmann offenbar entgangen, daß ein derartiges Schutzmittel schon seit fünf Jahren in dem von mir angegebenen Kaviblenprophylaktikum (Firma: Dr. Jablonski, Breslau IX) in handlicher Form existiert. Es enthält zusammen mit einer Schutzsalbe kleine mit Argent. proteinicum und einer

Digitized by Google

indifferenten Substanz in Pulverform gefüllte Hohlstäbchen, die sich nach Einführung in die Urethra rasch auflösen. Das Argent. proteinicum kommt also auf der Schleimhaut selbst zur Lösung, breitet sich dort gleichmäßig aus und entfaltet eine intensive Dauerwirkung.

Das Kaviblenschutzmittel ist auch seit Beginn des Krieges in vielfacher Anwendung (übrigens nicht nur bei Männern, sondern auch in größerem Maßstabe bei Frauen [Eigenprophylaxe der Prostituierten]) und hat sich, soweit mir Urteile zugegangen sind, außerordentlich bewährt.

Bezüglich der Vorteile dieser Art der Prophylaxe (Stäbchen) im besonderen und der Notwendigkeit einer noch weit ausgedehnteren Anwendung persönlicher Prophylaxe im allgemeinen stimme ich mit HOFMANN völlig überein.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Über die Grundlagen der von J. KAUP-München und J. KRETSCHMER vorgeschlagenen Modifikation der Wassermannschen Reaktion nebst Bemerkungen zur Kritik der bisherigen Methoden, von RUDOLF MÜLLER-Wien. (W. kl. W., 1917, Nr. 10.) Der Verfasser äußert sein Bedenken gegen die von KAUP und KRETSCHMER angegebene Methode. Nach seiner Meinung sind für die Verstärkung der Reaktion Verbesserungen notwendig, welche Luesverbindungen von nichtluetischen sicher zu differenzieren vermögen. Durch Verwendung zweier Antigene von verschiedener physikalischer Beschaffenheit, von denen das eine bei genauer Einhaltung der angegebenen Vorschriften fast ausnahmslos stärker bei Luesfällen, schwächer bei Normalfällen reagiert als das andere, ist er in der Lage, auch bei schwach reagierenden Fällen spezifische und nichtspezifische Ausfälle scharf voneinander zu trennen. H. Vörner-Leipzig.

Über die Grundlagen der von J. KAUP-München und J. KRETSCHMER vorgeschlagenen Modifikation der Wassermannschen Reaktion nebst Bemerkungen zur Kritik der bisherigen Methoden, von RUDOLF MÜLLER. (W. kl. W., 1917, Nr. 12.) Die Bemerkungen beziehen sich auf die Arbeit des Verfassers in Nr. 10 der W. kl. W. H. Vörner-Leipzig.

Die Originalmethode der Wassermannschen Reaktion und die quantitative Methode nach KAUP, von THEODOR BLANCK. (M. m. W., 1917, Nr. 41.) In der M. m. W., 1917, Nr. 5 veröffentlichten KAUP und KRETSCHMER neue Vorschläge für die quantitative Messung der Komplementbildung. BLANCK ist auf Grund ausgedehnter Vergleichsuntersuchungen zu dem Ergebnis gekommen, daß die neue Methode für die klinische Untersuchung mehr leistet als die Originalmethode. Besonders in klinisch zweifelhaften Fällen versagt die Originalmethode. Die KAUPsche Methode ergibt auch eine größere Gleichmäßigkeit der Befunde. A. Witte-Bremen.

Zur BRUCKschen sero-chemischen Reaktion bei Syphilis, von HAUPTMANN. (D. m. W., 1917, Nr. 16.) H. hat die Reaktion von 114 Fällen nachgeprüft und ist zu dem Resultat gekommen, daß weder eine für praktische und wissenschaftliche Zwecke brauchbare Übereinstimmung mit der Wassermannschen Reaktion, noch mit der klinischen Diagnose vorhanden ist. E. Brinitzer-Altona.

Über die BRUCKsche sero-chemische Reaktion bei Syphilis, von HERMANN SCHMITZ-Dresden. (M. m. W., 1917, Nr. 7.) Die Erfahrung, die an 160 klaren Seren gemacht wurde, ergibt, daß die BRUCKsche Reaktion die notwendige Zuverlässigkeit vermissen läßt und zur praktischen Verwertung einstweilen noch nicht in Frage kommt. A. Witte-Bremen.

Bemerkungen über das Wesen der BRUCKschen sero-chemischen Syphilisreaktion, von M. KÄMMERER-München. (M. m. W., 1917, Nr. 8.) KÄMMERER hat die BRUCKsche Reaktion an 84 Seren nachgeprüft, er hat keine Spezifität für Lues feststellen können. KÄMMERER kommt auf Grund seiner Versuche zu folgendem Schlusse: Die positive BRUCKsche Reaktion zeigt ebenso wie die KLAUSNERsche eine Globulinvermehrung bzw. eine leichtere Fällbarkeit der Globuline überhaupt an, während das Ergebnis der Wassermannschen Reaktion an eine bestimmte Qualität dieser Globuline gebunden ist. A. Witte-Bremen.

Digitized by Google

Zur sero-chemischen Reaktion bei Syphilis nach Bruck, von R. Weichbrodt-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1917, Nr. 8.) Weichbrodt prüfte die Brucksche Reaktion an 40 Fällen nach; er kommt zu dem Schlusse, daß die Reaktion bei Syphilis nicht zuverlässig, also nicht brauchbar ist. A. Witte-Bremen.

Über C. Brucks neue sero-chemische Reaktion bei Syphilis, von Rudolf Müller-Wien. (M. m. W., 1917, Nr. 9.) Müller hat die Methode an 84 Fällen nachgeprüft; er kann sich der Ansicht Brucks bezüglich der diagnostischen Verwertbarkeit nicht anschließen. Müller kommt nach seinen Untersuchungen zu dem Schlusse, daß die neue Bruckssche Reaktion häufig bei nichtluetischen, besonders bei tuberkulösen Erkrankungen vorkommt, daß sie andererseits bei Lues, besonders bei behandelten Fällen nicht selten fehlt, und daß sie auch völlig fehlen kann bei rezenten Luesfällen, die eine ganz komplette Wassermannsche Reaktion zeigen. Müller legt Wert darauf, daß zur Kontrolle nicht die Sera von Gesunden, sondern von kranken Nichtluetikern dienen sollen. A. Witte-Bremen.

Die neue sero-chemische Syphilisreaktion von Bruck, von Pöhlmann. (D. m. W., 1917, Nr. 12.) Nach Untersuchungen von 200 Fällen kommt P. zu dem Ergebnis, daß die Reaktion in ihrer jetzigen Gestalt praktisch noch nicht brauchbar ist. E. Brinitzer-Altona.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Die zukünftige Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Martin Chotzen-Breslau. (B. kl. W., 1918, Nr. 2.) Eine allgemeine Meldepflicht der Geschlechtskranken und eine allgemeine zwangsweise Krankenhausbehandlung hält Verf. nicht für gerechtfertigt. Die Durchführung der ärztlichen Behandlung jedes Geschlechtskranken hält er auch ohne Abänderung der Ausführungsbestimmungen des Reichsseuchengesetzes für gewährleistet durch die Schaffung von Beratungsstellen, die die Unterstutzung des Reichsversicherungsamtes in weitgehender Form genießen. Letzteres hat Zusammenarbeit gesucht und gefunden mit den Krankenkassen, den Frauenvereinen, der Heeresverwaltung. Mit letzterer ist vereinbart worden, daß bei der Entlassung die versicherungspflichtigen geschlechtskrank gewesenen Heeresangehörigen den Landesversicherungsanstalten zur weiteren Überwachung durch die Beratungsstelle namhaft gemacht werden sollen. Verf. hält es dabei nicht für richtig, daß die Meldung nicht unbedingt, sondern nur mit Zustimmung der zu entlassenden Soldaten erfolgen soll und wünscht, daß die Heeresverwaltung diesen Standpunkt nochmals überprüft, daß ferner das zurzeit bestehende Verbot der Behandlung von Geschlechtskranken durch Kurpfuscher auch weiterhin aufrechterhalten bleibe, und daß § 300 StGB. dahin erweitert werde, daß die Angabe eines geschlechtskranken Kassenmitgliedes an den Krankenkassenvorstand ausdrücklich als befugt anerkannt wird. E. Klemm-Leipzig.

Verschiedenes.

Prof. Albert Jesionek, Direktor der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Gießen, wurde zum ordentlichen Professor ernannt.

Prof. Gabor Nobl und Priv.-Doz. Dr. Wilhelm Kerl in Wien erhielten das Ritterkreuz des Franz Josephs-Ordens mit der Kriegsdekoration.

Dr. E. Pflaumer hat sich in Erlangen für Urologie habilitiert. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

5. Oktober 1918 | Nr. 40 | Band 67

Aus der deutschen dermatologischen Klinik in Prag.

Oedema QUINCKE mit Ausgang in nekrotisierende Entzündung und Atrophie.

Von

Prof. C. KREIBICH.

Am 4. Juni zwischen 4—5 Uhr nachmittags ging der etwas unterernährte 16jährige Patient von der Stadt auf den sogenannten Schanzberg, einer kahlen Anhöhe in der Höhe des Hradschins. Es war zeitweise sonnig, zeitweise trüb, Temperatur mäßig warm. Die Luft angeblich ruhig. Er ging derart auf den Berg, daß seine rechte Gesichtshälfte dem Berg, der Sonne und einem eventuellen Winde ausgesetzt war. Vorn an der Brust hatte er sein Hemd geöffnet. Plötzlich verspürte Patient einen Windhauch und gleichzeitig ein Brennen im Gesicht und an den Händen. Zu Hause angekommen, bemerkte er eine Schwellung des Gesichtes, des Halses und der Hände, die rasch zunahm, so daß er sich um 6 Uhr abends ins Krankenhaus begab, wo er folgende Veränderungen aufwies:

Status praesens: Beide Handrücken zeigen bis handbreit über das Handgelenk hinauf ein akutes, hartes, gelbes Ödem, von polsterartiger Vorwölbung, in dem nach Fingerdruck eine Delle nicht zurückbleibt. Der Rand der Ödeme zeigt ein ungewohntes Bild. Nach Art einer Cutis marmorata, nur breiter und viel intensiver, findet sich ein Netz intensivster venöser Stase, von tief dunkelblauroter Farbe. Ein ähnlicher handtellergroßer Ödemherd findet sich an der rechten Halsseite. Hier ist das Ödem noch höher und das zyanotische Randgitter noch intensiver. In ähnlicher Weise ist die rechte Gesichtshälfte geschwollen und gerötet. Das Ödem ist hier viel geringer, der Farbenton deshalb mehr rötlich, ohne periphere Stase. Intensiv geschwollen ist wieder die Nase, und zwar vorwiegend die rechte Hälfte, sie fühlt sich heiß und sehr derb an. Auf der linken Wange Rötung ohne besondere Schwellung. Ohren normal. Bei Kompression jetzt schon in dem gestauten Randnetz an Hals und Händen einige kleine Blutungen, so auch an der Nase. Vorn an der Brust, entsprechend dem offenen Hemd in Form eines Dreieckes, eine urtikarielle Rötung, deren Mitte ödematös abgeblaßt erscheint. Kein Fieber. Urin o. B.

Am nächsten Tage ist das zyanotische Randnetz größtenteils zurückgebildet, an seine Stelle sind ziemlich reichliche Blutungen getreten. Ödem hat noch etwas zugenommen, beginnt aber bereits seinen Charakter zu ändern, es wird weicher und der Fingerdruck beginnt eine Delle zu hinterlassen. Dieselbe ist nach 48 Stunden deutlich zu erzielen; aus dem harten urtikariellen Ödem ist ein weiches, eindrückbares, entzündlich exsudatives geworden. Reichliche Blutungen in der rechten Nasenhälfte, so daß sie hier eine konfluierte, blauschwarze, hämorrhagische Fläche bilden. Druckschmerzhaftigkeit, Temperatur 37.3°.

Am dritten Tage Schwellung noch fortbestehend, Ödem noch lockerer, Blutungen vermehrt, Randpartien von entzündlichem Charakter. Die früher ödematösen Stellen nehmen eine graublaue Farbe an. Am vierten Tage Ödem eingesunken. Die früher ödematösen Stellen jetzt deutlich bleigrau. Dieser bleigraue Farbenton ist besonders deutlich über beiden Handrücken und am Halse, zeigt einen nekrotisierenden Prozeß in der Kutis an und erweckt den Eindruck, als ob es zu schweren Zerstörungen kommen würde. Der Rand dieser Stellen entzündlich; bei der Probeexzision zeigt sich Lockerung und leichte Ablösung der Epidermis. Über der Nase hat sich eine dicke blutige Kruste gebildet. In der Folgezeit verkleinern sich die nekrotischen Partien dadurch, daß die entzündlichen Ränder sich verbreitern und darüberschieben, es kommt

Digitized by Google

zu keiner Zerstörung, sondern es stößt sich bloß die Epidermis ab, unter welcher die Haut rosarot hervortritt. Es kommt auch nicht zu einer Restitutio ad integrum, sondern an Stelle der früheren Kutis tritt innerhalb obiger Herde eine atrophische Narbe. Sie ist nach vier Wochen deutlich an beiden Handrücken, in der Mitte des Halsherdes und des Herdes über der Brust; weniger deutlich über der Nase und im Gesicht. Patient kam zu dieser Zeit das zweite Mal (mit Skabies) an die Klinik, wurde mit Unquentum Wilkinsonii (Ersatzsalbe) behandelt und zeigte nach dieser Behandlung eine gewöhnliche universelle Urticaria rubra et alba, die erst nach fünf Tagen schwand. Die früher kranken Stellen sind gegen Sonnenbestrahlung empfindlich.

Um auf das Besondere des Falles näher eingehen zu können, sollen einige Tatsachen aus der Krankengeschichte nur kurz gestreift werden.

Nach dem klinischen Befunde ist an der Berechtigung der Diagnose, Oedema Quincke, nicht zu zweifeln. Der Fall gehört zu jenen bereits öfter beschriebenen, bei welchen sich auch noch gewöhnliche Urtikaria findet. Es unterliegt weiter keinem Zweifel, daß das Ödem hier durch äußere Temperatureinflüsse zustande kam. Dafür spricht das Befallensein der unbedeckten Körperstellen auf der dem Berg zugewendeten Körperhälfte. (Rechte Halsseite, Gesicht und Nase rechts, beide Handrücken, offene Brust.) Genauer analysiert, dürfte der verspürte Luftzug nach vorhergehender Erwärmung das auslösende Moment darstellen, womit der Fall unter die nach jähem Temperaturwechsel entstandenen einzureihen ist. Blutungen wurden auch bereits in früheren Fällen beobachtet, neu erscheint nur das blaue Netz intensiver peripherer Stase. Die Ablösung der Epidermis entspricht der Bildung kleiner Blasen über den ödematösen Partien, wie sie Riehl, Bittorf, Fürstner und Forssberg beschrieben haben. Auch dies waren Fälle mit stärkerer Gefäßschädigung. Bisher nicht beschrieben finde ich die Nekrose mit Ausgang in atrophische Narbe. Denn das Hinterlassen schlaffer Säcke bei rezidivierendem Ödem der Augenlider (Riehl), die Schlaffheit der Gesichtszüge nach wiederholten Ödemanfällen (Reitmann) sind nicht durch echte Nekrose der Bindegewebsfaser, sondern durch bloße Auseinanderdrängung derselben entstanden. Daß in unserem Falle an der Bindegewebsfaser ein nekrotisierender Prozeß ablief, dafür spricht unbedingt die Ausheilung zur Narbe; daran ändert auch nichts, daß die Nekrose klinisch deutlicher war als histologisch. Sie verrät sich durch retikuläre Degeneration der Endothelien, der Zellen um die Gefäße, Auflockerung der Mastzellen, der Pigmentzellen und besonders der Basalzellen, in und um welche reichlich pyrinophile Substanz angesammelt ist. Die Bindegewebskerne sind vielleicht etwas schwächer färbbar, doch kann dies ebenso wie die Schwellung der Fasern bereits durch das Ödem bedingt sein. Dieses Ödem ist deutlich auch perinuklear, sowohl in den Epidermiszellen wie in den Zellen um die Gefäße. Sonst ist das Bild noch beherrscht durch eine starke Ausdehnung aller mit Endothel ausgekleideten Blut- und Lymphräume. Durch mechanische Insultierung bei der Probeexzision wurde vielfach die Epidermis abgelöst, die Trennung erfolgte zwischen Rete und Basalzellen, welche an der Kutis verblieben; daneben finden sich aber auch kleine Ansammlungen fibrinösen Exsudates unter der Epidermis zu mikroskopischen Bläschen. Auffallend geringe zellige Exsudation, obwohl die Untersuchung am vierten Tage vorgenommen wurde.

Ich habe an anderer Stelle (Archiv für Dermatologie, Bd. 45, Referat

Digitized by Google

über Angioneurosen) ausgeführt, daß Oedema Quincke noch nicht Entzündung, sondern dilatatorisches angioneurotisches Ödem ist. Daher seine restlose Resorption. „Übergänge zur Entzündung sind denkbar, wenn der Innervationseffekt ein intensiver war." Ein derartiger Fall ist nun der oben beschriebene. Es war an dem Tage der Erkrankung weder intensive Sonne noch besonderer Wind. Patient war auch diesen Traumen nur ganz kurze Zeit (etwa eine halbe Stunde am späten Nachmittag) ausgesetzt, und die übrige Haut zeigte keinerlei Zeichen von Insolation. Selbst wenn er längere Zeit ausgesetzt gewesen wäre, ist es ausgeschlossen, daß das Sonnenlicht usw. durch direkte Schädigung der Gefäße oder des Bindegewebes hätte Nekrose mit Atrophie hervorrufen können. Die Veränderungen müssen deshalb in anderer Weise entstanden erklärt werden. Patient besitzt Neigung zu Urtikaria (Urtikaria nach Skabieskur), nach Temperaturwechsel kommt es bei ihm zu Oedema Quincke, mit einem Innervationseffekt, der weit über das gewöhnliche Maß hinausgeht. Das Ödem ist intensiver, die durch das Ödem bedingte Anämie ist stärker und sie führt zur Nekrose des Bindegewebes. Die rein nur durch Tamponade entstandene Anämie würde zur Entstehung der Nekrose nicht ausreichen; selbst eine durch Unterernährung bedingte schlechte Beschaffenheit der Gefäße reicht hierfür nicht aus. Sie kann vielleicht zum Teil für die Blutungen verantwortlich gemacht werden. Die Nekrose selbst kann nur durch einen intensiven Innervationseffekt erklärt werden, welcher die Zirkulation während des anämisierenden Ödems so weit schädigt, daß die Zellen nicht mehr zur Norm zurückkehren können, sondern der Nekrose oder Nekrobiose verfallen. Das erste nicht eindrückbare Ödem ist verschieden von dem weichen Ödem des dritten Tages. Ersteres ist das urtikarielle, letzteres das entzündlich exsudative Ödem. Auffallend ist die geringe zellige Exsudation, die schon aus Gründen der Demarkation und Eliminierung des nekrotischen Gewebes erwartet werden mußte. Der Umstand, daß die Anämie bei Oedema Quincke nicht bis in die Papillen reicht, erklärt, daß die Epidermisveränderungen exsudativer und nicht kolliquativer Art sind. Veranlaßt Sonnenlicht bei überempfindlichem Nervensystem eine Quaddel im Papillarbereich, so entsteht die kolliquative Veränderung des Hydroa aestivale. Hat bei letzterer Erkrankung das Ödem etwas tiefer gegriffen, so entsteht ebenfalls Bindegewebsnekrose und Narbe.

Obiger Fall, wo Abkühlung nach schwachem Sonnenlicht zu so schweren Gewebsveränderungen führte, scheint uns klar zu beweisen, daß die Sonne auch in anderen Fällen nicht nach Art eines Ätzmittels das Gewebe schädigt, sondern diese Veränderungen nur auf dem Wege einer nekrotisierenden Urtikaria i. e. durch urtikariellen Infarkt zustande bringt. Und es ist besser so.

Digitized by Google

Über Haarfärbekunst.

Von

C. Müller in Hamburg.

Die Inanspruchnahme der Bezeichnung „Kunst" für die Ausübung eines Berufes, der manchen Laien nebensächlich und primitiv erscheint, erweckt den Eindruck einer Anmaßung. Der Fachmann urteilt anders und wird stets in einer erfolgreichen Lösung einer derartigen Aufgabe eine Kunstleistung erblicken. Wie im allgemeinen jede Färberei viel mehr auf Geschicklichkeit, praktischer Erfahrung und verständnisvoller Beobachtung, als auf theoretischem Wissen beruht, so bedingt im speziellen die Haarfärberei am lebenden Material eine ganz besondere Kunstfertigkeit, weil außer dem rein technischen Können die individuelle Disposition des Objektes einen wichtigen Faktor für die Erzielung des gewünschten Resultates bildet. Probieren geht über Studieren. Nur durch lange Erfahrung vermag der ausübende Färber mit einiger Sicherheit das gewünschte Resultat voraus zu bestimmen. Eine tiefgründige Fachliteratur über diese Materie existiert nicht. Das hat seinen Grund darin, daß einesteils den praktischen Fachleuten zumeist die wissenschaftliche Grundlage — chemische Kenntnisse und physiologische Beobachtungsgabe — fehlt, andernteils die Wissenschaft keine Gelegenheit für praktische Betätigung hat. So beschränkt sich denn im allgemeinen die vorhandene Fachliteratur auf generelle Anwendungsmethoden der Haarfärbemittel, das physiologische Moment der individuellen Wirkungsmöglichkeit außer acht lassend, weil dem schreibenden Fachmanne dieses Gebiet zu weit ab vom Wege liegt und wohl eigentlich nur gründlich im medizinischen Studium erworben werden kann.

Ich werde in einem späteren Abschnitte entsprechende Anregungen in diesem Sinne geben. Im folgenden will ich nur Erfahrungen aus der Haarfärberei am lebenden Haar mitteilen und die Technik des Präparators von Menschenhaaren, die sich von der ersten gänzlich unterscheidet, beiseite lassen. Die Tatsache, daß gleiche Färbemittel bei gleicher Anwendung an verschiedenen Menschen ganz verschiedene Wirkungen hervorbringen, ist bekannt und erklärt sich hauptsächlich durch die wesentlichen Unterschiede chemischer Beschaffenheit des menschlichen Haares. Aber auch im einzelnen Falle treten häufig bedeutend abweichende Wirkungen hervor. Fernerhin erschöpft sich auch die Aufnahmefähigkeit des Haares für einzelne Färbemittel verhältnismäßig rasch, wenn der Färbeprozeß in zu kurzen Zwischenräumen wiederholt wird. Um eine möglichst gute Farbwirkung zu erzielen, wird der erfahrene Färber eine Neufärbung immer erst nach 3—4 Monaten wieder vornehmen und den sich inzwischen bemerkbar machenden Nachwuchs mit einer Deckfarbe oder Tusche behandeln. Eine wirklich ideale Haarfarbe, die bei einfachstem Anwendungsverfahren ein stets gleiches, allen

Digitized by Google

Anforderungen entsprechendes, natürliches Resultat liefert, existiert nicht, und wird sich wohl auch auf der Basis der Hornbeizen und der Oxydationsmittel nicht konstruieren lassen. Alle derartigen Haarfärbemittel sind mehr oder weniger unvollkommen und mit Begleiterscheinungen verknüpft, die neben gewissen Befriedigungen auch manchen Kummer erzeugen. In erster Linie muß ein ziemlich umständlicher Anwendungsprozeß in Kauf genommen werden, zweitens ist die Haltbarkeit der applizierten Farbe eine verhältnismäßig kurze, zumal bei dunklem Haar, da sich der weiße Nachwuchs schneller bemerkbar macht, als bei hellem. Ferner sind Mißerfolge, trotz exakter, vorschriftsmäßiger Behandlung nicht selten. Der letzte Punkt ist der schmerzensreichste und schwierigste. Wenn nach einer mühevollen, zeitraubenden Arbeit der gewünschte Farbton nicht erzielt ist, sondern sich eine ungenügende, oder gar häßliche, unnatürliche Mißfärbung zeigt, dann ist es um das vorgefaßte Vertrauen für Färbemittel und Färber geschehen. Die Eitelkeit ist nun einmal der empfindlichste Punkt.

Hier setzt nun erst das eigentliche Können des Färbers ein. Es ist unbedingt erforderlich, daß der Färber mit der chemischen Natur der Färbemittel vertraut ist, um eventuell eine geeignete Korrektur vornehmen zu können. Wie oft geschieht es, daß durch unsachgemäße Manipulationen das Unglück nur noch verschlimmert wird, welches zuweilen sogar den Verlust des Haares nach sich zieht. Mit der energischen Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd wird in solchen Fällen zumeist gesündigt. Nun sind gerade in letzter Zeit eine Reihe neuer Haarfärbemittel in den Handel gebracht worden, deren komplizierte Natur für den praktischen Fachmann nicht immer leicht erkenntlich ist. Die beigefügten Gebrauchsanweisungen genügen vielfach nicht, sich eingehend über das Wesen der neuen Farbe zu orientieren. Ein geringer abweichender Erfolg macht mißtrauisch, und daher kommt es, daß sich viele Färber solchen Neuheiten gegenüber ablehnend verhalten und lieber bei einer länger erprobten Methode, mit vielleicht weniger vollkommenen Resultaten verharren. Ein solches Verhalten kann natürlich die Färbekunst nicht fördern. Bei der außerordentlichen Mannigfaltigkeit der individuellen Disposition für die Aufnahmefähigkeit der Färbemittel, kann es selbstverständlich nur erwünscht sein, eine reiche Auswahl chemisch unterschiedlicher Färbemittel zu besitzen, um entsprechende Wirkungen zu erzielen. Dieser Satz gilt, solange eine auf dem Haar rein physikalisch fixierbare Farbe noch nicht geschaffen ist. Die Lösung dieser wichtigen und lohnenden Frage muß möglich sein, ich werde am Schlusse dieser Abhandlung näher darauf eingehen. Viele niederen Kulturvölker entwickeln bezüglich ihrer Haarpflege und Haarschmuckes hohe Kunstfertigkeiten und die Haarfärberei spielt eine große Rolle in ihrer Schönheitsäußerung. Ihre Färbemittel erzeugen sie nicht in Retorten und komplizierten chemischen Prozessen und doch zeigen diese Farben eine außerordentliche Dauerhaftigkeit, wie altägyptische Funde beweisen. In allen Kulturepochen ist die Haarfärberei ein Ausdrucksmittel für Schönheitssteigerung und Jugenderhaltung gewesen, außer vielleicht der glücklichen Zeit des Rokoko, wo der alles ausgleichende Puder die Damen dieser Sorge enthob.

Digitized by Google

Die Aufgabe des Färbers kann dreierlei Art sein: 1. Ergrautes Haar, welches vorher noch nicht einem Färbe- oder Bleichprozesse unterzogen war, zu färben. 2. Bereits gefärbtes Haar, mit weißem Nachwuchse, nachzufärben und zu behandeln. 3. Gebleichtem Haare die ursprüngliche oder eine dunklere Farbe wieder zu verleihen. Die erste Aufgabe ist die leichteste und dankbarste. Es ist eine feststehende Tatsache, daß in diesen Fällen die Aufnahmefähigkeit für eine Haarfarbe die günstigste ist. Bei der Anwendung von sogenannten organischen oder Oxydationsmitteln können, selbst für zarteste Nuancen, Resultate von täuschenster Natürlichkeit erzielt werden. In den Fällen der zweiten Kategorie gestaltet sich die Sache bei weitem schwieriger. Hier ist es unbedingt erforderlich, daß der Färber an dem zu behandelnden Haare, die vorher angewendeten Färbemittel und deren chemische Natur erkennt, um mit Rücksicht auf die Wirkung des einzuschlagenden Verfahrens nicht mit einem Mißerfolge zu endigen. Auch im dritten Falle ist das Färbeverfahren ein beschränktes und mit großer Vorsicht auszuüben. Haar, welches längere Zeit wiederholten Bleichprozessen unterzogen wurde, ist quasi an der Grenze seiner Widerstandsfähigkeit angelangt und kann leicht zerstört werden. Wenn nun schon im Verfolg des Gesagten bei der rein technischen Ausübung des Färbens viele Beobachtungsmomente zu berücksichtigen sind, so sind aber auch nebenher zweifellos noch Einflüsse bemerkbar, die trotz aller Kenntnisse selbst dem tüchtigsten Färber zuweilen rätselhaft erscheinen und deren Äußerung viel Kopfzerbrechen macht. Solche Erscheinungen, die ich als individuelle Disposition oder Aufnahme- und Wirkungsmöglichkeiten für Haarfärbemittel bezeichnen will, sind mir von anerkannten Fachleuten des In- und Auslandes bestätigt worden.

Die individuelle Reaktion.

Der komplizierte Bau von Haut und Haar des tierischen und menschlichen Körpers ist vielen Einflüssen innerer und äußerer Art unterworfen. Krankheiten der Nerven und Gemütsdepressionen äußern sich durch Ausfallen und Ergrauen der Haare. Kummer und Sorge macht frühzeitig grau, sagt der Volksmund. Heftiger Schreck soll sogar plötzliches Ergrauen des Haares an Personen herbeigeführt haben, wie historische Fälle behaupten. In meiner langen Erfahrung sind mir solche Fälle nicht bekannt. Abgesehen davon, daß sich das menschliche Haar bezüglich seiner chemisch-unterschiedlichen Beschaffenheit und seiner Struktur zu den Färbemitteln ganz verschieden verhält, kommen häufig auch noch andere Einflüsse in Betracht, deren Ursachen innerer Natur sein müssen. Hier bin ich Laie und möchte nur das Interesse der dermatologischen Wissenschaft darauf lenken. Zu der ersteren Beziehung führe ich an, daß es z. B. Haare gibt, die sich mit primitiven Färbemitteln, wie Silbernitraten ganz ausgezeichnet färben lassen, während andere vorzügliche Färbemittel, wie Hennapräparate und Oxydationsfarben schlechte Resultate hervorbringen. Desgleichen umgekehrt. In zweiter Beziehung ist es ein wichtiger Umstand für den Färber zu beachten, daß die zu färbende

Digitized by Google

Person sich nicht in der Zeit eines Reizzustandes befindet, der seine Mühe illusorisch macht. So ist z. B. die Zeit der Menstruation ganz ungeeignet für einen Färbeprozeß. Hier sind es besonders die organischen Mittel, denen gegenüber sich das Haar ablehnend verhält, während im normalen Zustande gute Wirkungen damit erzielt werden. Aber auch bei anderen nervösen Zuständen und Affektionen lassen sich ähnliche Erfahrungen machen. Trotz sorgfältigster Vorbereitung wird der Farbstoff, besonders vom Haarnachwuchse, schlecht angenommen. Ob hier nun vielleicht infolge einer größeren oder geringeren Blutfülle der Haut und Haarorgane ein chemischer Widerstand für die Reaktionsfähigkeit erzeugt wird, oder ob sogar mit der Nervenerregung irgend welche Ströme elektrischer Art oder Ausstrahlungen verbunden sind, die die chemische Natur des Haares für die Aufnahmefähigkeit der Farbstoffe beeinflussen, wäre der Untersuchung wert; jedenfalls sind die Tatsachen vorhanden. Trockenheit der Haare, Schweiß und Fettabsonderungen sind häufig wechselnde Begleiterscheinungen des Körperbefindens, wie überhaupt sich doch viele Krankheiten und Stoffwechselstörungen am Haare äußern.

Wie schon gesagt, sind es vorwiegend die organischen Haarfarben, mit denen man solche Erfahrungen machen kann, und unter diesen ist das empfindliche Aureol besonders zu nennen, das sich infolge dieses Verhaltens, trotz vieler Vorzüge, nicht der ständigen Anerkennung erfreut. Je feiner und zarter die Struktur des Haares ist, desto besser ist die Wirkung. Der Erfinder vom Aureol und des Paraphenylendiamin, Dr. E. Erdmann, schrieb mir im Jahre 1897 darüber, wie folgt: „Es ist mir wohl bekannt, daß die Leichtigkeit, mit welcher Haare von verschiedener Provenienz mit Hilfe der Oxydationsfarben sich färben lassen, recht verschieden ist. Da mein Verfahren besonders in der Pelzfärberei angewandt wird, habe ich das vielfach erfahren bei den Versuchen, Pelzhaar verschiedenen tierischen Ursprungs zu färben. Ich zweifle daher auch nicht daran, daß beim lebenden menschlichen Haar ebenfalls die Aufnahme des Farbstoffes nicht stets mit der gleichen Leichtigkeit erfolgt. Die größere oder geringere Härte und Stärke des Haares, das Alter, auch wohl die Ursachen, weshalb der natürliche Farbstoff geschwunden ist (etwaige Erkrankung), werden von Einfluß sein. Barthaar pflegt sich schwieriger zu färben als Haupthaar, das Wurzelende der einelnen Haare wieder schwerer als die Spitzen."

Nun sind auf der Basis der Erdmannschen Erfindung eine ganze Reihe Verbesserungen entstanden, denen aber nach meiner Erfahrung, im Grunde genommen dieselben Eigentümlichkeiten mehr oder weniger anhaften, während die Haarfarben metallischen Ursprungs viel weniger empfindlich sind. Dafür ist aber auch ihre natürliche Wirkung eine sehr begrenzte und die, mit der Zeit eintretende metallische Übersättigung unangenehm.

Auch die Hennapräparate, die sich allgemein großer Beliebtheit erfreuen, und deren Zusammensetzung teils aus pflanzlichen, teils aus metallischen Verbindungen besteht, unterliegen zweifellos Einflüssen beiderlei Art, sind aber im ganzen, bei exakter Anwendung, zuverlässiger. Ihre Wirkung beruht hauptsächlich mit auf dem Vorhandensein einer

Digitized by Google

Eisenbeize, die in Verbindung mit dem Sauerstoffe der Luft eine nachhaltige Widerstandsfähigkeit gegen das Abbleichen ausübt.

Aus dem Gesagten geht nun hervor, daß es generell nicht möglich ist, eine Haarfarbe als gut oder schlecht zu bezeichnen, denn ihr Wirkungsvermögen wird immer von der individuellen Aufnahmefähigkeit abhängen.

Ferner ziehen viele Personen, einesteils des Kostenpunktes, anderenteils der umständlichen, zeitraubenden Anwendungsmethode halber, primitive, sukzessiv wirkende Haarfärbemittel (sogenannte Haarfarbenwiederhersteller) vor, deren mangelhafte Nebenumstände in Kauf nehmend.

Die Färbemittel.

Die im in- und ausländischen Handel erscheinenden Haarfärbemittel sind vielfältiger Natur. In Deutschland ist die Verwendung der blei- und kupferhaltigen verboten, desgleichen das Paraphenylendiamin. Oberflächlich könnte man die Färbemittel in 4 Klassen einteilen, und zwar in solche:

1. rein pflanzlichen Ursprungs;
2. rein metallischen Ursprungs;
3. in kombinierte (Pflanzenextrakte, Metallsalze usw.);
4. die Oxydationsfarben.

Unter den ersteren hat das Henna (zum Rotfärben) eine große Bedeutung.

Rengpulver (Indigofera argentea) in Verbindung mit Henna wird im Orient viel benutzt. Da Rengpulver nur im frischen Zustande gute Wirkungen bringt, lohnt sich der Import nicht für Färbezwecke. Walnußschalenextrakt (früher viel verwandt) kommt kaum noch vor.

Blauholzextrakt, Katechu, Tannin, Querzitron in Verbindung mit Henna und metallischen Farben oder Mordants bilden die Färbemittel der dritten Klasse.

Für die metallischen Haarfarben kommen Silber, Eisen und Wismut vorwiegend in Betracht. Blei- und Kupfersalze mit Schwefel sind ausländische Präparate, die nur langsam wirken, sie haben für den ausübenden Färber kein Interesse, sind aber im Auslande infolge ihrer bequemen Anwendungsweise beliebte und verbreitete Handelsartikel (in Deutschland verboten).

Das bei weitem größte Interesse beanspruchen die sogenannten modernen Haarfarben, die Oxydationsmittel, den Teerprodukten entstammend. Ihre Entdeckung rief seinerzeit großes Aufsehen in der Fachwelt hervor. Die berüchtigten Pelzfälschungen der 90er Jahre sind noch in Erinnerung. Vielversprechend, haben sie im Laufe der Zeit, am lebenden menschlichen Haare, trotz mehrfacher Verbesserung, doch nicht die Erwartungen erfüllt, die man an eine ideale Haarfarbe stellt. Ihre Widerstandsfähigkeit gegen Licht und Luft ist sehr beschränkt, die gute Aufnahmefähigkeit des Haares bei häufiger Anwendung bald erschöpft, und wie schon gesagt, sind sie sehr empfindlich gegen Einflüsse individueller Natur. Charakteristisch für die Oxydationsfarben ist das Natrium-

Digitized by Google

bzw. Wasserstoffsuperoxyd als Beize oder Entwickler. Bezüglich der Anwendungsmethoden kann ich wohl die unter Klasse 1 und 2 angeführten Färbemittel übergehen, weil sie ein besonderes Interesse nicht bieten.

In Fachkreisen werden die Hennapräparate besonders bevorzugt. Sie kommen in dreierlei Formen vor, als Pasten, Pulver und Flüssigkeiten, die letzteren haben eigentlich weniger mit Henna als Grundform zu tun. Die Verschiedenheit der Zusammensetzung der Hennapräparate hat bei den Färbern mannigfaltige Anwendungsmethoden ausgebildet, die vielfach geheim gehalten werden. Die orientalischen Pasten (Pâte des Kalifes) Rastiks usw. haben auch in den Abendländern große Verbreitung gefunden. Ihr Färbevermögen beruht in dem Zusammenwirken von Henna, Blauholzextrakt, Eisenvitriol, Tannin, Salmiak und anderen Gerb- und Farbstoffen. Zuverlässig sind sie nur für dunkle Färbungen. Um eine solche gut zu erzielen läßt man eine halbstündige Packung mit naturellem Henna in der Form eines warmen Breies vorhergehen. Zweifellos aber macht der reichliche Gehalt von Eisensalz mit der Zeit das Haar leicht brüchig, zumal wenn bei späteren Waschungen stark alkalische Waschmittel verwendet werden. Hier ist es stets von Vorteil, nach der Färbung eine Spülung mit warmem Wasser, dem einige Tropfen Salzsäure zugesetzt sind, folgen zu lassen, um die, das Haar mit der Zeit zerstörenden Alkalien zu neutralisieren. Spülungen mit Essigwasser tun ebenfalls gute Dienste; auch wirkt der Essig avivierend auf das gefärbte Haar. Die Hennapulver, mit Farbstoffen und Mordants versetzt, sind neueren Datums und für alle Nuancen erhältlich. An und für sich besitzen sie keine besondere, zuverlässige Farbkraft. Die nach 2—3 Tagen eintretende Endwirkung befriedigt weder den Färber noch die Kundin. Man will nach der umständlichen Prozedur den Erfolg sehen. Hierbei habe ich aber die Erfahrung gemacht, daß diese Präparate ganz ausgezeichnete Grundlagen für die Oxydationsmittel (z. B. Aureol) bilden. Was dem einen mangelt, ergänzt das andere, und man kann mit dem kombinierten Verfahren geradezu ideale Resultate erzielen. Schon seit einer Reihe von Jahren wandte ich das Verfahren mit bestem Erfolge an. Dazu kommt, daß ich eine schädigende Wirkung für das Haar nicht beobachtet habe. Das Verfahren ist unbedingt zuverlässig, selbst bei schwierigen Fällen. Ich lasse nach dem gründlichen Waschen eine nicht zu intensive Packung mit Farbhenna (Lakaohenna — Medjanahenna — Orealhenna usw.) eine Stunde wirken, um nach dem Auswaschen und Trocknen, Aureol in erforderlicher Nuance anzuwenden. Die Wirkung tritt sofort ein, färbt bis auf die Haut und der ganze Entwicklungsprozeß wird somit abgekürzt.

Während beide Mittel, als selbständige Farben ungenügende Resultate erzeugen, sind sie kombiniert geradezu hervorragend. Noch eines ist hierbei von Vorteil: Der geschickte Färber hat es in der Hand, den Nachwuchs intensiver zu färben, während das bereits früher gefärbte, oder noch dunkle Haar nur ausgleichend behandelt zu werden braucht, indem man auf dieses die Hennapackung nicht anwendet. In besonders schwierigen Fällen bleicht man den Nachwuchs nach dem Waschen etwas mit Wasserstoffsuperoxyd an, die darauf folgende Färbung wirkt dann sicher.

Digitized by Google

Wenn auch der beschriebene Prozeß sehr kompliziert erscheint, so lohnt doch der Erfolg die Mühe, die exakte Handhabung und das überraschende Resultat erwecken das Vertrauen der Kundin. Eine eingehendere Beschreibung der verschiedenen Anwendungsmethoden gehört in ein Handbuch der Haarfärberei. Interessant sind auch die im Orient hergestellten Hennafärbepulver, die mit saurer Milch in kaltem Zustande angewendet werden und die prachtvolle, höchst echte, dunkle Wirkungen erzielen. Dabei können sie als außerordentlich konservierend für das Haar angesehen werden, das eine weiche Fülle und selten schönen Glanz erhält. Diese Packungen werden gewöhnlich des Nachts über am Kopfe belassen und erzeugen tiefschwarze Färbungen.

Ich komme nun zu den Oxydationsmitteln, die ich als die interessantesten bezeichnet habe, da man mit ihnen die vielfältigsten Erfahrungen macht. Jedenfalls ist ihre Fundgrube noch lange nicht erschöpft, wie die mehrfachen Verbesserungen bezeugen. Das chemisch reine Phenylendiamin besitzt eine fabelhafte Färbekraft. Ich habe es seinerzeit, als es unter französischer Flagge importiert wurde, hundertfältig angewendet, und bei gleich nachfolgenden Spülungen mit ammoniakhaltigem Wasser, nie Vergiftungserscheinungen bemerkt. Der Erfinder, Dr. Erdmann, warnte ausdrücklich davor, gab mir aber zu, daß der Einfluß von Ammoniak neutralisierend wirken könne. In einem Handbuche der Haarfärbekunst von H. Schlüter-London (auch deutsch erschienen) bezeichnet der Verfasser das Paraphenylendiamin als von Erdmann für harmlos angegeben. Dies ist aber durchaus irreführend, denn es haben dieselben Personen, die ich damit behandelte, bei später erfolgter Selbstbehandlung sich schwere Vergiftungen zugezogen. In verschiedenen Strafprozessen gegen gewissenlose Fabrikanten habe ich als hinzugezogener Sachversändiger mit Dr. Erdmann und anderen klinischen Autoritäten meine praktischen Erfahrungen mit Phenylendiamin bekannt gegeben. Die Missetäter wurden bestraft und zu vollem Schadenersatz verurteilt. Das von Erdmann konstruierte Aureol besitzt nun eine viel weniger intensive Färbekraft wie Phenylendiamin, kann aber als absolut unschädlich bezeichnet werden. Ich habe in den vielen Jahren bei tausendfältiger Anwendung nie Reizerscheinungen bemerkt, selbst nicht bei empfindlichen Personen. Es erfordert eine schnelle und reichliche Durchtränkung des Haares, hauptsächlich der Wurzelenden, die sich meist sehr hartnäckig verhalten. Aureol hat den Vorzug, höchst natürliche Wirkungen hervorzubringen, wobei es von keinem anderen Färbemittel, wenn es sich um helle und matte Töne handelt, erreicht oder übertroffen wird. Vorbedingung dabei ist, daß das Haar vorher mit keiner anderen Haarfarbe behandelt wurde. Leider nur ist seine Schönheit bald von hinnen. Die Farbe ist nicht beständig, Licht und Luft bleicht sie bald ab, und ein mißliebiger, brandig-rötlicher Ton verbleibt. Allzu häufige Anwendung erschöpft das Aufnahmevermögen des Haares in kurzer Zeit und erzeugt ungleichmäßige Schattierungen. Hier ist nun, wie schon angeführt, eine öftere Vorbehandlung mit dünnen Hennafärbepulverlösungen von bester Wirkung, wodurch eine gleichmäßige und gute Aufnahmefähigkeit für die Aureolfarbe wiederhergestellt wird. Welche chemischen Bestandteile der Hennafärbepulver nun die vorzüglichen Mordants für das Aureol

Digitized by Google

bilden, bedarf der Untersuchung. Das reine Henna ist es nicht, denn auf dieses verhält sich das Aureol ablehnend. Einige neuere Oxydationsmittel, auch das Eugatol können nicht als wesentliche Verbesserungen bezeichnet werden. Hingegen ist das von den Berliner Anilinwerken herausgegebene Primal ein bedeutender Fortschritt. Primal ist ein ausgezeichnetes Haarfärbemittel — leider mit Vorbehalt! — seine schnell wirkende Färbekraft, die Haltbarkeit, sowie die schönen natürlichen Töne, die es erzeugt, sind Vorzüge ersten Ranges, vor allem ist auch das wenig umständliche Verfahren beachtenswert. Leider aber besitzt es die Eigenschaft sich höchst nachteilig auf vorher angewendete Haarfarben zu äußern. Haare, die zuvor mit Hennafarbstoffen, Pâte des Kalifes usw. gefärbt waren, werden vom Primal zerstört. Das Haar bricht wie Zunder, selbst eine vorherige Neutralisierung etwaiger alkalischer Farbreste im Haar nützt nichts. Ich glaube diese Erscheinung auf das Vorhandensein eisensalzhaltiger Stoffe der Hennafarben zurückführen zu können, die das Sulfit des Primals nicht vertragen. Handelt es sich aber um eine erste Färbung, oder um eine solche, der diese schädigende Vorbehandlung nicht zugrunde liegt, dann ist das Arbeiten mit Primal ein Vergnügen und erzeugt beste Resultate.

Bei der Anwendung von Primal wird fast durchweg ein leichtes Brennen auf der Kopfhaut verspürt, was aber, selbst bei empfindlichsten Personen, nach bisheriger Erfahrung, keine weiteren Reizerscheinungen zur Folge hat.

Mißerfolge und Korrekturen.

Mißerfolge in der Haarfärberei sind häufig und auf vielseitige Umstände zurückzuführen. Unkenntnis, unbesonnene Hantierung, nicht genügende Entfettung des Haares, das verschiedene chemische Verhalten der Färbemittel zueinander, Aufnahmefähigkeit und hauptsächlich minderwertige Haarfarben sind die Ursachen derselben. Zumeist aber werden verfärbte Haare an Personen beobachtet, die aus geheimer Delikatesse oder Scham sich selbst mit einem beliebigen Färbemittel behandeln, oder den Kostenpunkt der Behandlung scheuen. Die Korrekturen bilden die schwierigste Aufgabe für den Färber, sie sollten nur von erfahrenen Fachleuten ausgeführt werden. Dringend ist vor Manipulationen zu warnen, die man nicht sicher beherrscht und die häufig genug den Verlust des Haares nach sich ziehen. Um zu dunkle oder Mißfarben aus dem Haare zu entfernen, bedarf es genauer Kenntnis der chemischen Natur der angewendeten Färbemittel. Mit dem Wasserstoffsuperoxyd oder Säuren wird hierbei viel Unfug verübt. Unsachgemäß angewendet, sind diese Stoffe entweder wirkungslos oder zerstören das Haar. Um metallische Farbstoffe (Silber, Eisen) aus dem Haar zu entfernen, empfiehlt es sich, das Haar mit Wasserstoffsuperoxyd zu durchtränken, intensiv zu trocknen und alsdann mit einer 5%igen Jodkaliumlösung (in Wasser) zu durchfeuchten, in Tücher einzupacken und etwa 25 Minuten wirken zu lassen. Bei hartnäckigen Fällen wird der Prozeß wiederholt. Jod verbindet sich mit allen Metallen, und hierauf beruht seine lösende Wirkung.

Digitized by Google

außerdem ist es gänzlich unschädlich in der technischen Anwendung. Es bilden sich je nachdem tiefe dunkle und blaue Saucen, die von den umhüllenden Tüchern aufgesaugt werden. Nachfolgende gründliche Auswaschung und Spülung ist erforderlich. Auch tut man gut, dem so behandelten Haare einige Zeit Ruhe zu lassen, um dann erst eine Neufärbung wieder vorzunehmen. Bei zu dunkel ausgefallenen Hennafärbungen genügt gewöhnlich eine kurze Einwirkung von Wasser, dem man etwas Salzsäure zusetzt ($^1/_4$ Liter Wasser + 20 Tropfen Säure). Die dunkelnde Wirkung des Eisensalzes wird dadurch abgeschwächt. Reichliche Wasserspülung, aber ohne Seifenwaschung, ist erforderlich. Die in der Seife befindlichen Alkalien führen sonst die dunkle Farbe wieder zurück. Wasserstoffsuperoxyd muß in solchen Fällen gänzlich vermieden werden, weil dieses die dunkle Farbe nur noch intensiver macht, und bei energischem Gebrauch das Haar zerstört. Oxydationsfarben lassen sich schwer entfernen, doch kann man bei frischen Fällen die Farbe selbst als Lösungsmittel benutzen, indem man diese nicht trocknen läßt, sondern gleich wieder auswäscht. Wie schon gesagt, erfordern diese Prozeduren genaue Kenntnisse und individuellste Berücksichtigung. Das Haar ist leicht an der Grenze seiner Widerstandsfähigkeit angelangt und verträgt dann keine beizende oder oxydierende Behandlung. In solchen Fällen empfehle ich eine mehrwöchentliche Pause zur Erholung des Haares. Durch das Abzugverfahren kann man das Haar natürlich nicht wieder in seinen ursprünglichen, weißen Zustand zurückführen, sondern nur heller machen. Um aber den gelblichen oder brandig-rötlichen Ton zu brechen, empfehle ich die Behandlung des Haares mit einem wäßrigen Tintenbade, das man sich folgendermaßen herstellt und das sehr kräftigend und erholend auf das Haar wirkt. Dem Wasser wird, je nach Intensität des zu brechenden Tones, in Sprit gelöstes Nigrosin, Vesuvin und Methylviolett zugesetzt, einige Tropfen Essigsäure bewirken feinste Zerteilung der Farbkörperchen, die energisch vom Haar aufgesaugt und ziemlich lange festgehalten werden. Das Haar erhält vorerst durch diese Behandlung eine natürliche Farbe, die zwar nicht echt ist, aber über die Zeit der unbedingten Ruhe hinweghilft. Auch die Wiederherstellung eines mit sogenannten Kamillenextrakten oder anderen Mitteln verbleichten Haares bedarf umsichtiger Behandlung. Anfänglich sind die Trägerinnen solch goldtonigen Haares entzückt, der leidige, dunkle Nachwuchs aber erfordert immer erneute Bleichen, wodurch mit der Zeit der goldene Ton in ein fades Strohgelb verwandelt wird. Zur Restaurierung solcher Strohdächer sind reine Metallfarben gänzlich ungeeignet. Dünne Hennafarblösungen mit nachfolgender Aureolbehandlung geben die Naturfarbe tadellos zurück — geschickte Anwendung vorausgesetzt. Licht und Luft bleichen die künstlichen Farbstoffe im Haar bald ab, selbst die natürliche Farbe ist diesen Einflüssen unterworfen, deshalb dürfen gefärbte Haare nicht allzu häufigen Waschungen unterzogen, sondern stets, infolge der Neigung zur Trockenheit, etwas fettig gehalten werden, wodurch die Farbe konserviert wird.

Zum Schluß möchte ich noch eine Anregung über eine mir vorschwebende, ideale Haarfarbe für lebendes Haar geben. Die Chemie

Digitized by Google

vermag Wunderdinge hervorzubringen, vielleicht gelingt es ihr eine Aufgabe zu lösen, die lohnend und rühmlich ist. Die Herstellung aller Nuancen ist dabei durch Mischung von entsprechenden Anilinfarben eine leichte Sache. In Alkohol gelöst und an feine Harze gebunden wird eine solche Farbe ohne vorherige Präparation vom Haare sofort angenommen, selbst bis auf die Haut färbend, was bei den jetzigen Methoden immer Schwierigkeiten macht. Die Aufgabe besteht nun darin, die die Farbe bindenden Stoffe auf dem Haare unlöslich zu machen. Eine solche Haarfarbe würde allen Anforderungen entsprechen und Vorzüge besitzen, die bis jetzt keine andere aufzuweisen vermag. Als rein physikalisches Produkt würde sie keine Schädigung des Haares nach sich ziehen; jederzeit gebrauchsfertig und anwendbar, könnte sie sich mit der Zeit nur im Haare verlieren, ohne unangenehme, verbeizte Spuren zu hinterlassen.

Fachzeitschriften.

Zeitschrift für Urologie.

1918, Bd. 12, H. 3.

Über Urethrozele, von Achilles Müller-Basel. Verfasser schildert einen von ihm beobachteten Fall einer Urethrozele bei einer Frau und kommt nach seiner Beobachtung und der bisherigen Literatur zu folgendem Ergebnis: Der beschriebene Fall von Urethrocele vaginalis ist möglicherweise ein Beispiel für ein angeborenes Divertikel der weiblichen Harnröhre. Der Beweis kann aber nicht erbracht werden, und es besteht die Möglichkeit, daß es sich um ein falsches Divertikel infolge hernienartiger Ausstülpung der Urethralwand durch die nach Geburtstrauma zerrissenen äußeren Wandschichten handelt. Entwicklungsgeschichtlich besteht die Möglichkeit, daß kongenitale Divertikel an der weiblichen Urethra sich bilden, einwandfreie Beispiele finden sich aber in der Literatur nicht. Die Urethrozelen sind meist falsche Divertikel, erworben und entstanden meist durch Geburtstrauma. Die moderne Therapie besteht in Exzision des Sackes.

Die Sondierung der Samenblasen, von Kropeit-Hamburg. Die Sondierung der Samenblasen war bisher nicht möglich. Es gelang nur 2 cm weit in die Ductus ejaculatorii einzudringen. Dem Verfasser gelang es, die Luysscbe gekröpfte Sonde direkt in die Samenblase einzuführen, indem er einen Finger in den Mastdarm bis zum oberen Rande der Vorsteherdrüse einführt. Während die andere Hand den Sondengriff erfaßt und bei leicht drehender Bewegung die Sonde vorzuschieben sucht, drückt der im Mastdarm befindliche Finger die Gegend des Ductus ejaculatorii im oberen Teil der Vorsteherdrüse gegen die Harnröhre, bis die Sonde den Widerstand überwunden hat und nun leicht 5 cm weitergleitet in die Samenblase. Der Finger fühlt die Sonde und deren Bewegung deutlich in der Samenblase.

1918, Bd. 12, H. 4.

Zur bösartigen Entartung retentionierter Hoden, von J. J. Statzin. (1 Textabbildung.) Die bei Hoden, welche die normale fötale Wanderung überhaupt nicht oder nur unvollkommen ausgeführt haben, bestehende Tendenz, bösartig zu entarten, wird vielfach erwähnt. Die Ursache dieser Erscheinung ist noch unklar und strittig. Der Gedanke, daß eventuelle Traumen zu einer Entartung führen, ist nicht von der Hand zu weisen, obgleich ein endgültiger Beweis noch nicht erbracht ist. Der Verfasser berichtet über einen Fall unter der Diagnose „Hodentumor". In der linken Leistengegend befindet sich eine 13 : 4½ : 7 cm große, in den Hodensack hineinreichende Geschwulst,

Digitized by Google

von derber Konsistenz und auf der Unterlage nur in sehr geringem Maße verschieblich. Die klinische Diagnose lautet: Sarkom des retentionierten Testikels. Die pathologische anatomische Untersuchung ein malignes Blastom — sogenanntes medulläres Karzinom.

Zwei Bohnen als Fremdkörper in der Harnröhre eines Mannes, von A. Sommer. Ein Soldat steckte sich, um damit dem Einnässen vorzubeugen, zwei Bohnen in die Harnröhre. Auf Druck entleerte sich aus der Harnröhre geringer schleimig-eitriger Ausfluß. Nach Entfernung der Fremdkörper heilte der Harnröhrenkatarrh.

W. Chrzelitzer-Posen.

Bücherbesprechungen.

Die Einwirkung von Krankheiten auf das Kopfhaar des Menschen, von Felix Pinkus. (Mit zahlreichen Kurven und Abbildungen.) S. Karger, Berlin 1917. Die Entdeckung Pohls, daß allgemeine, vor allem fieberhafte Krankheiten noch lange Zeit nachher an einer deutlich erkennbaren Marke am Haar retrospektiv erkannt werden können, hat Pinkus in einem durch viele Nachuntersuchungen bestätigten Werke ausgearbeitet. Die Methode der Untersuchung besteht in der Messung der Haardicke unter dem Mikroskop, wobei die der Krankheit entsprechende Partie sich durch eine Verdünnung und Aufhellung auffinden läßt. Diese verdünnte Partie wird nach der Methode von Matsura in einer Kurve dargestellt, die in starker Vergrößerung des Querschnitts (bis 600 X) bei nur geringer Vergrößerung der Länge (10 X) die Differenz sehr deutlich hervortreten läßt. Um Klarheit über dieses Verhältnis zu erhalten, hat Pinkus eine ausführliche anatomische Vorbemerkung dem Werke angefügt, in welcher er die Entstehung und das Wachstum des Haares schildert. Das Haar wächst nicht allein, sondern zugleich mit seinen Scheiden von der Papille nach der Oberfläche hinauf. Die wichtigste dieser Scheiden ist die äußerste, weit unten verhornende und daher schon nahe an der Papille als harter Mantel die inneren Schichten umgebende Henlesche Schicht. Durch sie, deren Form sich nicht weiter ändert und ein unnachgiebiger Zylinder ist, wird alles andere, weichere, in seine runde oder leicht abgeplattete Form hineingepreßt. Der Wechsel der Haare, die von ihrer ersten Anlage an bis zum Tode sämtlich auf derselben Papille entstehen, und die Größe des täglichen Haarwachstums sind ausführlich behandelt. Die Länge des täglich gebildeten Haarabschnittes erlaubt uns, am ausgebildeten Haare, das die Krankheit überlebt hat, durch das Zentimetermaß fast auf Tage genau festzustellen, an welchem Datum die obenerwähnten, durch Krankheit des Körpers bedingten Verdünnungen entstanden sind. Da die Haarmessung ein sehr umständliches Verfahren ist, das in der Praxis kaum Einführung finden wird, mußte eine einfachere Methode, welche schnellen Überblick gewährte, an ihre Stelle gesetzt werden. Die nicht so schwere, aber auch noch zu komplizierte Untersuchung im Polarisationsmikroskop, welche Pohl schon vor vielen Jahren angegeben hatte, konnte dieses Ziel einfacher klinischer Untersuchung nicht erreichen. Dagegen ist in allen Fällen, in denen die Kopfhaare markhaltig sind, die Feststellung der Markunterbrechung sehr leicht auszuführen und genügt auch vollkommen, die kranke Stelle im Haare aufzufinden. Ein langes, noch wachsendes Kopfhaar, an den Schläfen oder am Hinterkopf entnommen, wird zwischen Deckglas und Objektträger unter dem Mikroskop hindurchgezogen und die Stelle aufgesucht, an welcher der Markstrang fehlt, der sich in den markhaltigen Teilen deutlich durch seinen Luftgehalt (im durchfallenden Licht schwarz) erkennen läßt. Auf diese Weise läßt sich leicht feststellen, ob das Haar eine umschriebene kranke Stelle enthält oder nicht. Die Stelle des fehlenden lufthaltigen Markstranges entspricht dem Krankheitstermin, dessen Datum durch Ausmessung der Strecke von der Wurzel bis zur markluftfreien Stelle sich ergibt. Z. B.: bei 0,4 mm täglichem Haarwachstum und Lage der marklosen Stelle bis 4 cm von der Wurzel ab ist die Erkrankung vor 100 Tagen erfolgt. Unter den geschilderten Gesichtspunkten wurden von Pinkus ausführlich die verschiedenen Akten des Haarausfalls geschildert. Er beschreibt zunächst die lokalen pathologischen Veränderungen der Kopfhaut (Seborrhoe, lokale Entzündungsherde wie Furunkel, Bubo, Acne necrotica, Abrinalopezie, syphilitische Alopezie, Alopecia areata und neurotische Alopezie). Sodann geht er zum Hauptteil der Arbeit über und schildert die Veränderung des Haarendes, welches durch das akute Absterben des Haares infolge allgemeiner Krankheiten entsteht, sowie die Verdünnung des Haares,

Digitized by Google

welches diese Krankheiten überlebt und nur durch sie in seinem Wachstum zur Zeit der Krankheit geschädigt wurde, ohne aber abzusterben. Trauma, neurotische Einflüsse und fieberhafte Erkrankung werden ausführlich abgehandelt. Übereinstimmend zeigt sich, daß nach allgemeiner Erkrankung es 2—3 Monate lang dauert, bis der starke Haarausfall beginnt; er ist gleichbedeutend mit dem Beginn des Wiederwuchses der Haare, denn diese neuen Haare sind es, die die als Kolbenhaare im Haarfollikel festsitzenden toten Haare lockern und zum Ausfall fähig machen. Nur in kurzen Ausführungen wird leider auf die Einwirkung der inneren Sekretion eingegangen, da eine klare Darstellung dieses vielleicht wichtigsten Abschnittes der Wechselwirkung von Körperwohlsein und Haarwuchs bisher noch nicht recht möglich ist und exaktere Forschungen abgewartet werden müssen. Neben dem bisher geschilderten streng durchgeführten Gedankengang des Werkes finden sich Schilderungen und Abbildungen anderer Haarabnormitäten, der Spindelhaare, der Ringelhaare, der kongenitalen Alopezie, Beschreibung der Nagelquerfurchen und ihrer Bedeutung für die Erkennung vorübergegangener Krankheiten, normale Nagelbeobachtungen und vieles andere, was zur anatomischen und klinischen Beobachtung des Haar- und Nagelsystems gehört. Fast 100 genaue Krankheitsbeobachtungen sind als Erklärung der behaupteten Tatsachen angeführt und zum großen Teile durch Kurvenzeichnungen bildlich dargestellt. Das Werk würde dadurch gewinnen, wenn auf die anatomischen Darlegungen ein noch größerer Raum verwendet würde, wenn gerade diesem Teil bildliche Darstellungen in größerer Zahl beigegeben wären und wenn auch über die Therapie ein Abschnitt angefügt würde. Jedenfalls enthält die Arbeit von Pinkus aber ein so großes Material in diesem wenig exakt bearbeiteten Gebiete der Medizin, daß jedem, der sich für die feineren Vorgänge der Haarpathologie interessiert und der an der Darstellung leicht erkennbarer objektiver äußerer Veränderungen infolge innerer Körpervorgänge Freude hat, das Buch zur Lektüre dringlich empfohlen werden kann. Im Literaturverzeichnis fiel nur auf, daß, trotzdem Pinkus vieles aus Unnas Arbeiten zitiert, die Werke dieses Verfassers nicht aufgeführt sind. Unna teilt hier ein gleiches Schicksal mit Eble, v. Kölliker, Stieda.

Dem alten Studienfreund darf noch die Bitte an den Verfasser gestattet sein, bei der Neuauflage des Werkes die Darstellung etwas weniger konzentriert zu formen.

Ein Buch tiefster Gelehrsamkeit, welches den Wunsch nahelegt, daß des Forschers exakte Arbeitsmethoden und große Arbeitsfreudigkeit noch Gelegenheit finden, sich auszuwirken in der ihm gebührenden größeren Stellung. E. Delbanco-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Die Ergebnisse mit der neuen Seroreaktion nach Bruck, von Schindler. (D. m. W., 1917, Nr. 15.) Sch. kommt auf Grund eigener Versuche zur Ablehnung der Methode. E. Brinitzer-Altona.

Der klinische Wert der sero-chemischen Syphilisreaktion nach Bruck, von Stephan. (Zbl. f. d. ges. Med., 1917, Nr. 17.) In der medizinischen Universitätsklinik zu Leipzig wurde die Brucksche Salpetersäurereaktion mit den Sera von 268 Fällen ausgeführt, unter gleichzeitiger Kontrolle durch Klinik und Wassermannsche Reaktion. Die Untersuchungen ergaben, daß diese Reaktion für den Nachweis von Lues — gleichgültig welchen Stadiums — ohne jede Bedeutung ist. E. Brinitzer-Altona.

Zur sero-chemischen Reaktion bei Syphilis nach Bruck, von Auszterveil und Kallós. (D. m. W., 1917, Nr. 19.) Auch nach diesen Verfassern ist die serochemische Reaktion nicht spezifisch. F. Brinitzer-Altona.

Die Brucksche Syphilisreaktion, von Lorenzo Lorenzutti-Triest. (W. kl. W., 1917, Nr. 19.) Von 94 sicheren Luetikern ergaben 68 positive und 26 negative Wassermannreaktion; nach Bruck reagierten 54 positiv, 28 negativ und 12 zweifelhaft. Nur 45 waren bei beiden Methoden gleich positiv, 14 gleichzeitig negativ, die übrigen different. Von 69 Nichtluetikern zeigten nach Bruck 22 positive, 9 zweifelhafte und 38 negative Reaktion, im Gegensatz zur Wassermannschen, welche durchweg ein negatives Resultate zeitigte. H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Über die sero-chemische Syphilisreaktion nach Bruck, von Brandweiner-Wien. (W. kl. W., 1917, Nr. 20.) Untersucht wurden 54 Luetiker und 77 Nichtluetiker. Die Luesfälle zeigten alle positiven Wassermann, nach Bruck blieben 7 negativ. Von den Nichtluetikern, sämtlich mit negativem Wassermann, zeigten 18 mit operierten Bubonen 16mal, 17 Blennorrhoiker 10mal und 42 Hautkranke 24mal die Brucksche Reaktion.
H. Vörner-Leipzig.

Brucks sero-chemische Reaktion bei Syphilis, von Bruno Sklarek und Walter Levinthal. (D. m. W., 1917, Nr. 23.) Bei 425 Fällen ergab die Brucksche sero-chemische Reaktion nur in 63% Übereinstimmung mit der Wassermannschen Reaktion.
E. Brinitzer-Altona.

Die Brucksche Globulinfällungsreaktion in den einzelnen Stadien der Syphilis. Zugleich ein Beitrag zum Wesen dieser Reaktion, von W. Gärtner. (B. kl. W., 1917, Nr. 25.) An etwa 2800 Blutuntersuchungen gelangt Verfasser zu folgenden Ergebnissen: 1. Im Exanthemstadium ist die Bruckschc Reaktion stets positiv, in späteren Stadien fast ausnahmslos negativ. Ist sie in älteren Stadien trotzdem positiv, so kommen anderweitige Krankheiten als Ursache in Frage. Kehrt nach unzureichender Sterilisationskur + Wassermannsche Reaktion wieder, so entwickelt sich auch wieder positiver Bruck. 2. Einige Zeit nach Abschluß der Sterilisationskuren ist sie negativ, wird aber im Vergleich mit der Wassermannschen Reaktion bei Infektionstherapie später, bei Schmierkuren jedoch eher negativ als die Wassermannsche Reaktion. 3. Gewebszerfall bzw. Globulinvermehrung des Blutplasmas gehören zum Wesen der Bruckschen Reaktion. Hieraus ergibt sich, daß man kaum von einem spezifischen Bruck sprechen kann. 4. Der Wert dieser Reaktion liegt vorläufig noch auf theoretischem Gebiet. Zur Luesdiagnose ohne Berücksichtigung des vorliegenden Krankheitsfalles eignet sie sich nicht.
E. Klemm-Leipzig.

Über die Brucksche sero-chemische Reaktion bei Syphilis, von Ernst Nathan. (B. kl. W., 1917, Nr. 25.) Verfasser hat 300 Sera zugleich auf Wassermannsche und Bruckscbe Reaktion untersucht. Bei 23 Fällen, bei denen weder anamnestisch, noch klinisch, noch serologisch Syphilis nachweisbar war, ergaben sich Fehlresultate in positivem Sinn. Andererseits versagte die Bruckscbe Reaktion bei 41 Fällen von sicherer Syphilis. Verfasser spricht infolgedessen der Reaktion praktisch-diagnostische Bedeutung ab.
E. Klemm-Leipzig.

Zur Frage der sero-chemischen Reaktion nach Bruck, von Gustav Stümpke. (B. kl. W., 1917, Nr. 25.) Verfasser hat die Bruckscbe Reaktion an 159 Fällen angestellt. Er hat auf der einen Seite nichtspezifische positive Ausfälle, andererseits negative Reaktionen bei sicher syphilitischen Fällen erhalten und kommt zu einer Ablehnung ohne verkennen zu wollen, daß der Methode vielleicht doch bei weiterem Ausbau noch in der Zukunft ein wirklicher Erfolg beschieden sein kann.
E. Klemm-Leipzig.

Die Emanuelsche Mastixprobe der Rückenmarksflüssigkeit, von J. C. Ureihia und N. Jorgulescu. (Comptes rend. hebd. soc. Biol., 1916, S. 93.) Verfasser prüfte die Brauchbarkeit der Emanuelschen Mastixproben an der Hand von 54 Fällen nach und verglich sie mit den Reaktionen von Wassermann und Lange. 43mal bestand eine Übereinstimmung, 10mal war ein negativer, 1mal ein zweifelhafter Ausfall der Emanuelschen Reaktion zu verzeichnen. Die neue Probe ist dabei weniger empfindlich als die Langesche Goldsolreaktion.
K. Boas-Chemnitz-Hilbersdorf.

Verschiedenes.

Prof. Franz Šamberger in Prag wurde als Nachfolger des in den Ruhestand getretenen Hofrat Prof. V. Janovský zum ordentlichen Professor und Vorstand der böhmischen dermatologischen Klinik in Prag ernannt.

Kais. Rat. Dr. Albert Konried, Chefarzt der Kuranstalt Edlach in Niederösterreich, ist gestorben. Er hat sich durch seine mit J. Neumann und Rille ausgeführten Blutuntersuchungen bei Syphilis bekannt gemacht.
R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

12. Oktober 1918 | Nr. 41 | Band 67

Ein bis jetzt unbeschriebenes Symptom der Psoriasis. Ein Schlüssel zu ihrer Pathogenese.

Von

Prof. Dr. Fr. Šamberger in Prag.

Im Jahre 1878 schrieb Auspitz: „Was Psoriasis ist, weiß bis heute kein Mensch".

Wenn wir heute Betrachtungen über das Wesen der Psoriasis nach Art jener von Verrotti lesen, welcher sagt, daß das Wesen des krankhaften Prozesses bei der Psoriasis in einem gewissen Zusammenwirken innerer Bedingungen beruht, die das Resultat einer angeborenen oder erworbenen Störung des elementaren Metabolismus sind, dann gedenken wir mit Wehmut der guten alten Zeiten, da unsere Koryphäen lieber den kurzen und einem jeden verständlichen Satz: „Was Psoriasis ist, weiß bis heute kein Mensch", niederschrieben, als daß sie diese Unwissenheit in einen Satz verkleidet hätten, der vielleicht nur demjenigen verständlich ist, der ihn niederschrieb und der eher in die Zeitschrift irgend welcher moderner literarischer Strömungen paßt, als in die Spalten einer ernsten wissenschaftlichen Zeitung.

Andererseits aber wäre es wiederum unrichtig, wenn man den Standpunkt verteidigen wollte, daß wir heute über die Psoriasis nicht mehr wissen, als wir zu jener Zeit wußten, da Auspitz seinen lapidaren Satz zum Druck beförderte.

Seit jener Zeit werden sehr viele wertvolle Erkenntnisse über die Psoriasis in der Literatur niedergelegt. Speziell in der Histologie der Psoriasis haben unsere Erkenntnisse große Fortschritte gemacht, die in der Arbeit von Haslund[1]) eine solche Höhe erreicht haben, daß wir alle das Gefühl haben, daß uns vielleicht nur noch eine papierdünne Wand vom letzten Schritt zur Erkenntnis des wahren Wesens dieser Krankheit trennt. Es fehlt nur noch ein gemeinsamer Schlüssel zur richtigen Bewertung aller in der Literatur verzeichneten Erscheinungen. Es erübrigt nur noch, sich über alle diese Erkenntnisse zu stellen, einen durch eine neue Entdeckung berechtigten höheren Standpunkt einzunehmen, sich von diesem aus neu zu orientieren und einen neuen Versuch zur Lösung des Psoriasisproblems zu unternehmen.

Das Problem der Psoriasis ist ein zweifaches: ein pathogenetisches und ein ätiologisches. Worin das Wesen des ätiologischen Problems beruht, darüber braucht man kein Wort zu verlieren. Das Wesen des pathogenetischen Problems beruht in der Beantwortung der Frage, warum

[1]) Haslund: Die Histologie und Pathogenese der Psoriasis. Arch. f. Derm., 1913. Bd. 114.

Digitized by Google

auf der Haut der Kranken jene charakteristischen, klinisch, makro- und mikroskopisch so merkwürdigen, der Psoriasis eigentümlichen Effloreszenzen entstehen. Die Forschung bewegte sich bis jetzt in doppelter Richtung. Man suchte zunächst pathologische Keime in der Hoffnung, es wären Mikroben besonderer Art, die die Ursache dieses merkwürdigen, typischen Krankheitsbildes abgeben. Dieser Weg führte in eine Sackgasse. In einer Reihe von Fällen werden überhaupt keine Mikroben gefunden, bei anderen wurden pathologische Keime gefunden, die wir auch bei anderen Hautkrankheiten antreffen: Streptokokken, Staphylokokken, und nur in Ausnahmefällen wurden besondere Mikroben gefunden. Wenn man aber weiter untersuchte, ob diese die Ursache des eigentümlichen Aussehens der pathologischen Affektion sind, fand man, daß es vielleicht möglich ist, mit denselben eine einzelne psoriatische Effloreszenz hervorzurufen, aber nur bei einem Psoriatiker und nicht bei einem anderen Menschen, einem Nichtpsoriatiker. Auf diesem Wege sind wir also vollständig stecken geblieben. Das ätiologische Moment kann uns offenbar nicht weiter helfen, kann kein Licht in die Hauptfrage werfen, was die Ursache dafür ist, daß bei manchen Menschen auf der Haut die eigentümlichen, typischen psoriatischen Effloreszenzen entstehen können. Denn sobald wir nicht eine einzige Ursache derselben feststellen können, und sobald wir nicht imstande sind, mit der gefundenen Ursache in einem jeden Fall, bei einem jeden beliebigen Individuum die krankhaften Effloreszenzen künstlich hervorzurufen, dann ist es sicher, daß wir auf diesem Wege zur Erklärung der Pathogenese der Psoriasis nicht gelangen können.

Die andere Richtung des Studiums zur Lösung der Frage der Pathogenese der Psoriasis stellte sich die Aufgabe, danach zu forschen, ob nicht im Individuum selbst, das ist im Psoriatiker, die Ursache der typischen Effloreszenzen gelegen sei. In dieser Richtung wurde eine ganze Reihe wertvoller Arbeiten ausgeführt. In einer Reihe derselben wird behauptet, daß das Nervensystem des Kranken die Schuld trägt, in einer anderen Reihe wiederum die Erblichkeit. Aber alle diese Arbeiten bleiben vor dem letzten Schritt stehen. Aus keiner derselben erfahren wir, warum die Nerven oder die Störung des Stoffwechsels oder die Erblichkeit die eigentümliche Form der psoriatischen Effloreszenzen verursacht haben sollten. Alle schließen mit dem vieldeutigen, aber gleichzeitig nichtssagenden Wort: Disposition.

Die bald im Nervensystem, bald im Stoffwechsel, bald in der Erblichkeit beruhende Disposition des Kranken ist nach allen diesen Arbeiten jene letzte Ursache. Was aber das Wesen dieser Disposition ist, wie dieselbe bei der Bildung der typischen psoriatischen Effloreszenzen zur Geltung kommt, hat uns bis jetzt noch niemand gesagt. Und das ist doch das Punctum saliens der ganzen Frage. Gerade darin besteht das Rätsel, warum sich beim Psoriatiker die typische, der Psoriasis eigentümliche Effloreszenz entwickelt. Wenn, wie wir gezeigt haben, diese Ursache nicht ein besonderer pathologischer Mikrobus ist und wir die Ursache im Kranken selbst suchen müssen. Wo steckt diese Ursache? Wodurch und in welcher Weise unterscheidet sich der Psoriatiker von einem anderen Menschen? Diese Frage haben sich alle gestellt, die den Stoffwechsel des Psoriatikers oder sein Nervensystem studiert, und die ge-

Digitized by Google

fundenen Resultate mit jenen beim normalen Menschen verglichen haben. Und sie gelangten zu der rätselhaften Disposition.

Ich habe mir eine begrenztere Frage gestellt: Ist es möglich, einen Unterschied zu finden, zwischen der Haut des Psoriatikers und der Haut eines gesunden Menschen? Und wenn ja, ist es möglich, aus dem gefundenen Unterschied einen näheren Schluß auf die Pathogenese der Psoriasis zu ziehen? Ist es möglich, auf diese Weise die Tatsache zu erklären, daß die psoriatischen Effloreszenzen so eigentümlich und typisch sind? Ist es also möglich, zu der Erkenntnis zu gelangen, wodurch die rätselhafte Disposition des Psoriatikers bedingt ist?

Ich war heuer durch drei Monate Konsiliarius eines Zentralmilitärspitals für Haut- und venerische Krankheiten. Ich hatte ein Material zur Verfügung, das selbst das größte Zivilspital nicht bieten kann. Diese günstige Ausnahmestellung bot mir die Möglichkeit, die Antwort auf die Frage, die ich mir gestellt habe, zu suchen. Ich glaube eine positive Antwort gefunden zu haben. Ich habe gefunden, daß man beweisen kann, daß sich die Haut des Psoriatikers sehr wesentlich von der Haut der normalen Menschen, der Nicht-Psoriatiker, unterscheidet, daß sie sich so sehr unterscheidet, daß man aus dem Unterschied in die Pathogenese der Psoriasis ein neues Licht werfen kann, daß man nachweisen kann, worin eigentlich die Disposition zur Psoriasis beruht.

Wodurch unterscheidet sich also die Haut des Psoriatikers von der Haut anderer Menschen?

Mein Material bestand ausschließlich aus Männern, aus kranken Kriegern. Es fiel mir auf, daß trotzdem die große Mehrzahl der Psoriatiker eine auffallend zarte, lebhaft an die Haut der Frauen erinnernde Haut besaß. Diese Tatsache brachte mich auf die Idee, bei den Psoriatikern darauf zu achten, ob ihre Haut auch an jenen Stellen zart ist, wo sie bei Männern in der Regel sehr grob zu sein pflegt. Ich achtete also zunächst auf die Haut der Handflächen der an Psoriasis leidenden Krieger. Da sich unter diesen Kranken begreiflicherweise viele Männer befanden, die mit den Händen schwer arbeiten, Handwerker und Arbeiter, wandte ich meine Aufmerksamkeit zunächst diesen Patienten zu und forschte nach, ob ich bei ihnen auf den Handflächen eine grobe und schwielige Haut, die bei Menschen dieser Schichten in der Regel vorhanden ist, vorfinde. Und da fand ich einen auffallenden Unterschied zwischen meinen Psoriatikern und normalen Menschen, den Nichtpsoriatikern.

Allerdings konnte ich für meine Beobachtungen nicht alle eingelieferten Fälle von Psoriasis verwenden. Zu bestimmen, ob jemand auf den Handflächen Schwielen und eine grobe Haut hat oder nicht und Schlüsse daraus zu ziehen, ist nur bei solchen Menschen möglich, die mit ihren Händen recht schwere Arbeiten verrichten müssen. Ich wählte bei diesem Vorgang 29 passende Fälle aus. Ich will deren Krankengeschichten nicht in extenso anführen, sondern mich nur auf die Konstatierung beschränken, ob diese durchwegs schwere Handarbeit verrichtenden Patienten, auf ihren Handflächen Arbeitsschwielen und eine grobe Haut hätten oder nicht, und ob sie ferner auf der Haut der Vola

Digitized by Google

andere abnorme Erscheinungen aufwiesen und schließlich, ob sie am Körper irgend welche eitrige Effloreszenzen besaßen.

Krankheitsgeschichten.

1. Chauffeur. Seit Beginn der Mobilisierung eingerückt. Muß viel mit den Händen arbeiten. Trotzdem erinnert er sich nicht, jemals Schwielen an denselben gehabt zu haben. Die Haut der Handflächen weich, zart, frei von Schwielen.

2. Arbeiter. Seit drei Jahren im Felde. Beim Ausheben der Schützengräben hat er schwer gearbeitet. Handflächen frei von Schwielen, zart. Auf den Fingerbeeren runde Stellen, in deren Bereich die Hornschicht dünner ist als in der Umgebung. „Die Haut fällt mir so heraus", erklärt der Kranke. Die oberflächliche Schicht der Hornschicht hat sich hier abgeschält.

3. Müllergehilfe. Ist seit vier Jahren Soldat. Bei den Sappeuren, bei denen er also viel mit den Händen arbeiten muß. Und trotzdem ist die Haut der Handflächen weich und frei von Schwielen.

4. Feldarbeiter. Ist seit einem Jahr Soldat und muß schwere Handarbeit verrichten. In der linken Hohlhand über den Basen zweier Finger kleine, dünne Schwielen. Sonst ist die Haut der Handflächen zart.

5. Bauer. Ist seit einem Jahr Soldat und verrichtet viel schwere Handarbeit. In der rechten Hohlhand ist Schwielenbildung angedeutet; links ist die Haut zart.

6. Bauer. Seit zwei Jahren Soldat. Hob Schützengräben aus und arbeitete auch sonst mit den Händen. Haut der Handflächen zart und frei von Schwielen. Es war ihm schon zu Hause aufgefallen, daß er nie Schwielen hatte. Bei schwerer Arbeit schälte sich die Haut der Handflächen, so daß diese oft schmerzten.

7. Feldarbeiter. Seit drei Jahren Soldat. Bei schwerer Arbeit schält sich die Haut der Handflächen. Doch verursacht dies keine Schmerzen. Handflächen zart, frei von Schwielen. An einzelnen Stellen scheint sich die Hornschicht in einer bestimmten Tiefe herausgeschält zu haben. An den Streckseiten der Unterextremitäten da und dort follikuläre Effloreszenzen, die statt einer Schuppe eine mohnkorngroße Pustel tragen.

8. Bauer. Seit drei Jahren Soldat. Arbeitet schwer. An beiden Händen ziemlich mächtige Schwielen.

9. Kriegsgefangener Arbeiter. Arbeitet schwer mit den Händen. An den Händen Schwielen. Mächtige Psoriasis ostracoides.

10. Arbeiter. Seit vier Monaten Soldat. Hatte nie Schwielen. Haut der Handflächen zart.

11. Maurer. Seit vier Jahren Soldat. Hob Schützengräben aus. Keine Schwielen. Haut der Handflächen zart.

12. Bauer. Trat vor einem Jahr den Dienst an. Ist einer Gruppe von Schützengrabenarbeitern zugeteilt. Arbeitet also viel mit den Händen. Haut der Handflächen zart. Auch im Zivil hatte er nie Schwielen. Am Hals zwei vereinzelte, mohnkorngroße Pusteln.

13. Arbeiter. Seit zwei Jahren Soldat. Handflächen zart. Hatte nie Schwielen.

14. Bauer. Ein Jahr Soldat. In der rechten Hohlhand über den Basen des vierten und fünften Fingers unbedeutende Verdickungen der Haut, sonst ist die Haut zart.

15. Fleischhauer. Arbeitet viel mit den Händen. Erinnert sich nicht, jemals eine Schwiele gehabt zu haben. Handflächen zart.

16. Arbeiter. An den Handflächen typische Psoriasis palmaris, aber keine Schwielen.

17. Tischler. Er mag noch so sehr und noch so anstrengend arbeiten, er bekommt niemals Schwielen.

18. Arbeiter. Dient seit einem halben Jahr als Arbeiter. Arbeitet viel mit den Händen, gräbt u. dgl., Handflächen zart, ohne Schwielen. Am Körper vier etwa mohnkorngroße Pusteln.

19 Bauer. Arbeitet viel mit den Händen. Hatte nie Schwielen. Handflächen zart.

20. Bauer. Ist seit drei Jahren Soldat. Arbeitet viel mit den Händen, hebt Schützengräben aus u. dgl. Haut der Handflächen zart, frei von Schwielen.

21. Bauer. Ist seit zwei Jahren Soldat. Hatte nie, auch zu Hause nicht, Schwielen, obwohl er viel mit den Händen arbeitet. Hohlhände weich.

22. Feldarbeiter. Dient seit zwei Jahren als Eisenbahnarbeiter. Hohlhand zart. Wird mit Teer behandelt. Davon ist sein ganzer Körper schwarz, aber nirgends sind Pusteln zu sehen.

Digitized by Google

23. Bauer. Psoriatisches Exanthem, als Milliaria in Form von Pusteln, die mit einer harten, dicken Schuppe bedeckt sind. Auf der Haut der Handflächen eine analoge milliare Eruption, aber nirgends Schwielen.

24. Bauer. Dient seit drei Jahren. Keine Schwielen.

25. Kutscher. Dient seit zwei Jahren. Hatte weder im Zivil noch beim Militär Schwielen, obwohl er stets, auch beim Militär in Schützengräben, schwere Handarbeit verrichten mußte. Haut der Handflächen sehr zart.

26. Bauer. Rückt eben vom Urlaub ein, den er zur Verrichtung von Feldarbeiten erhalten hatte. Hatte nie Schwielen. In der Hohlhand schält sich die Hornschicht ab, die aber nirgends verdickt ist. Am linken Unterarm zwei bohnengroße, akut entzündliche, tiefe, von der Hornschicht entblößte, eitrig sezernierende Infiltrate.

27. Feldarbeiter. Dient seit einem Jahr als Arbeiter. Arbeitet schwer beim Straßenbau, klopft Steine u. dgl. An den Handflächen keine Schwielen. An einigen kleinen Herden schält sich die Hornschicht ab.

28. Arbeiter. Er mag noch so schwere Arbeit verrichten, er bekommt nie Schwielen. Es war ihm selbst schon auffallend und er erklärte sich diese Erscheinung damit, daß er eine zu weiche Haut besitze.

29. Bauer. Muß viel arbeiten. Doch bekommt er bei der Arbeit bald Blasen an den Fingern und Handflächen, die Blasen platzen und die Haut schält sich dann ab. Haut der Handflächen zart, frei von Schwielen. An der Volarfläche des rechten Zeigefingers drei längliche Blasen, die beim Schneiden harten Brotes entstanden sind.

Unter 29 durchwegs schwer mit den Händen arbeitenden Menschen fand ich also nur fünf, bei denen an den Handflächen deutliche Schwielen zu konstatieren waren (Fall Nr. 4, 5, 8, 9, 14). Diese waren zwar nicht groß, aber doch deutlich. Aber auch bei diesen Menschen fiel es auf, daß die Haut der Handflächen im übrigen weich und zart war. Die Hyperkeratose betraf also nur ganz kleine und begrenzte Herde. Bei den übrigen 24 Fällen fand sich nicht eine Spur einer Schwiele oder irgend einer diffusen Verhärtung der Haut der Handflächen. Bei den intelligenteren derselben konnte man auch anamnestisch das interessante Faktum feststellen, daß sich nie in ihrem Leben an den Handflächen irgend welche schwielige Verdickungen hatten. Diese Erscheinung war den Leuten selbst aufgefallen. Ein Patient (Nr. 28) hat sich sogar selbst eine Erklärung zurechtgelegt. Er meinte, seine Haut sei zu zart, als daß sich auf derselben eine Schwiele entwickeln könnte. Einige Patienten gaben das interessante Faktum an, daß sich die Haut ihrer Handflächen bei der Arbeit schäle, so daß sie bei der Arbeit Schmerzen empfänden (Nr. 6). Bei einzelnen konnten wir Spuren dieser Abschälung konstatieren (Nr. 2, 7, 26, 27). (Ich brauche wohl nicht besonders hervorzuheben, daß diese Schälung nicht etwa durch eine Lokalisation psoriatischer Effloreszenzen an den Handflächen verursacht war.) Schließlich konnten wir bei einem Patienten (Nr. 29) noch eine andere interessante Krankheitserscheinung konstatieren: bei demselben sprangen nach einer einigermaßen schweren Arbeit an den Volarflächen der Finger Blasen auf.

Wo soll man die Erklärung für diese höchst interessanten Erscheinungen suchen? Genauer gesagt: warum bildeten sich bei unseren mit den Händen schwer arbeitenden Kranken keine Schwielen, warum verdickte sich nicht die Haut ihrer Handflächen, obwohl hierzu hinreichend Gelegenheit gegeben war, und warum schälte sich bei vielen derselben bei der Arbeit die Haut ihrer Handflächen?

Was ist die Schwiele? Die Schwiele ist ein Symptom der Hyperkeratose. Das Wesen der hyperkeratotischen Veränderungen ist bekanntlich ein Ödem der Epidermis und sodann eine Veränderung in der Ver-

Digitized by Google

hornung der Zellen der epidermoidalen Schicht im Sinne einer gesteigerten Keratinisation der einzelnen Zellen und einer gesteigerten Kohärenz derselben. Infolgedessen sind die verhornten Zellen inniger miteinander verbunden als de norma und die Hornschicht sammelt sich an den betreffenden Stellen in beträchtlicherer Menge an. Die Epidermis wird dick, rauh, hart, unelastisch. In den äußersten Fällen entstehen kallöse, schwielige Herde. Von selbst können Schuppen auf der hyperkeratotischen Haut nicht entstehen. Nur sehr grobe, mechanische äußere Einflüsse können in solchen Fällen die Hornschicht in größerem oder geringerem Umfange abheben. Bekanntlich kann man in analoger Weise auch auf der normalen Haut nur mechanisch, durch grobe Gewalteinwirkung Schuppenbildung hervorrufen. Demnach zeichnet sich auch die normale Haut durch eine bestimmte Kohärenz der Hornzellen aus, die bedingt ist, durch einen regelmäßig sich abspielenden Keratinisierungsprozeß der einzelnen Zellen, durch den eben jener bestimmte i. e. normale Kohärenzgrad der Zellen der Hornschicht bedingt ist.

Bei normalen Menschen entsteht bei schwerer Handarbeit, also durch mechanische Reizung, an den Handflächen Hyperkeratose, entstehen Schwielen und diffuse Hautverdickungen. Wenn diese Erscheinungen unter den genannten Bedingungen nicht entstehen, können wir daraus schließen, daß bei diesen Menschen die erwähnten Reize keine normale Verhornung der epidermoidalen Zellen hervorrufen, daß also der Keratinisierungsprozeß keine derartige Höhe und Intensität erreicht, um eine abnormal größere Menge der Zellen beisammen zu erhalten. Die normale Keratinisation stockt also in solchen Fällen. Daraus kann sich eine doppelte Eventualität ergeben. Entweder haben jene Reize keinen anderen Erfolg als den, daß es zu keiner gesteigerten — unter diesen Umständen aber normalen — Keratinisation der epidermoidalen Zellen kommt und daraus resultiert dann, daß die Haut der Handflächen auch bei schwerer Handarbeit weich, nicht hyperkeratotisch bleibt. Das sind die Fälle von nur mäßiger Störung der normalen Keratinisation. Oder es entsteht durch Reizung der Haut eine so hochgradige Störung der Keratinisation, daß daraus eine Abhebung der Hornschichten in größeren oder kleineren Schuppen entsteht, d. h. daß zu den klinischen Symptomen der sogenannten Parakeratose kommt. Worin besteht das Wesen der Parakeratose? Aus den Arbeiten von Auspitz und Unna wissen wir, daß bei dieser die epidermoidale Schicht ähnlich wie bei der Hyperkeratose ödematös ist. Das Ödem betrifft zwar vorwiegend die Saftschicht, befällt aber in hohem Grade auch die über dieser liegende Schicht der gekörnten Zellen. Aus dieser Schicht verschwinden die Keratohyalinkörnchen. Die Verhornung betrifft zwar einige Reihen der Riffzellen, aber sie ist ungenügend. Róna bezeichnet diesen Zustand treffend als eine der Verhornung ähnliche Zelldegeneration. Die normal verhornte Zelle ist flach und besitzt an ihrer Peripherie eine dicke Hülle mit rudimentären Resten der Stacheln und im Innern ein dichtes Balkennetz, beides aus Keratin bestehend. Der Kern ist geschrumpft, atrophisch, kaum nachweisbar. Bei der Parakeratose sind die Zellen der Hornschicht ebenfalls flach, aber sie besitzen nur an der Peripherie einen dickeren oder dünneren Keratinmantel, dagegen im Innern einen normal sich färbenden

Digitized by Google

Kern. Die Kohärenz der verhornten Zellen ist geringer als de norma und daher kommt es zur Entstehung sichtbarer größerer oder kleinerer Schuppen.

Für beide Arten des Ausbleibens der normalen Keratinisation haben wir unter unseren Fällen Beispiele. Wir fanden bei zahlreichen unserer Patienten, daß bei ihnen trotz schwerer Handarbeit, also trotz mechanischer Reizung, die Haut ihrer Handflächen weich und geschmeidig blieb. Die Keratinisation blieb hier aus, es stellte sich kein Symptom von Hyperkeratose ein, aber sie hielt sich doch noch auf einer solchen Höhe, daß es nicht zu den Erscheinungen der Parakeratose, zur Schuppenbildung kam. Aber wir sahen auch Fälle, bei denen die Störung der Keratinisation einen solchen Grad erreichte, daß daraus Parakeratose, die Abschälung der Hornschicht, resultierte. Da trat also statt der normalen Keratinisation ein Prozeß ein, den RÓNA als eine der Verhornung ähnliche Zelldegeneration bezeichnet. Die Verhornung war so ungenügend, daß die daraus entstehende verringerte Kohärenz der Zellen der Hornschicht klinisch durch Schuppenbildung, durch Abschälung der Hornschicht, in die Erscheinung trat, vielleicht auch durch Blasenbildung auf den Handflächen, wenn etwa die der Verhornung ähnliche Degeneration der epidermoidalen Zellen, die deren Kohärenz vermindert, die tiefstgelegene Partie der Zellen dieser Schicht ergriff. Leider konnten wir uns von der Richtigkeit dieser Vermutung nicht durch die histologische Untersuchung des betreffenden Falles (Nr. 29) überzeugen.

Wir wollen nun diese Erwägung auf unsere Fälle applizieren. Es ist sicher, daß der Nachweis gelungen ist, daß die Haut der Psoriatiker auf äußere Reize nicht in derselben Weise reagiert, wie die Haut normaler Menschen. Bei den letzteren antwortet die Haut auf einen äußeren Reiz mit gesteigerter Keratinisation, also auch mit gesteigerter Kohärenz der Zellen der Hornschicht. Bei Psoriatikern bleiben entweder nur die Symptome der Hyperkeratose aus oder es kommt in Fällen von ausgesprochener Störung zu den Erscheinungen der Parakeratose. Genauer gesprochen, die Haut der Psoriatiker ist nicht imstande, auf äußere Reize mit normaler Keratinisation zu antworten. Reizen wir die Haut des Psoriatikers, so bleibt dies in den leichtesten Fällen ohne sichtbare pathologische Veränderungen. Der Prozeß der Keratinisation besitzt hier also noch eine bestimmte Kraft, die zwar genügt, um die Zellen der Hornschicht beisammen zu halten, die aber nicht mehr genügt, um auf den Reiz mit erhöhter Keratinisation zu reagieren. In Fällen von ausgesprochener Störung stellt sich nach der Reizung eine so beträchtliche Störung der Keratinisation ein, daß daraus eine ausgesprochen verminderte Kohärenz der Hornzellen resultiert. Unter diesen Umständen zerfällt die Hornschicht in sichtbare Schuppen.

Diese Erscheinung — eine größere oder geringere Störung der Keratinisation — konstatierten wir bei unseren Fällen an der Haut der Handflächen, die frei waren von psoriatischen Symptomen. Daraus geht hervor, daß diese Erscheinung nicht durch die Psoriasis i. e. durch die Lokalisation des krankhaften Prozesses auf der Haut hervorgerufen wurde, sondern durch die schon **a priori** gegebene Beschaffenheit der Haut der betreffenden Patienten bedingt

Digitized by Google

war. **Demnach geht daraus hervor, daß die Psoriatiker eine Haut besitzen, die sich von der Haut normaler Menschen dadurch wesentlich unterscheidet, daß ein äußerer Reiz bei ihnen eine Störung der Keratinisation im Sinne eines Minus zur Folge hat.** Statt auf einen derartigen äußeren Reiz wie die normale Haut mit gesteigerter Keratinisation zu reagieren, antwortet die Haut mit einer ausgesprochenen Störung: der Parakeratose. **Demnach zeichnet sich die Haut der Psoriatiker durch eine ausgesprochene parakeratotische Diathese aus.** Das ist eine höchst interessante und wichtige Erkenntnis, deren Wert für die Erklärung der Pathogenese der psoriatischen Effloreszenzen ich noch näher zu beleuchten versuchen werde.

Dies ist aber nicht der einzige Unterschied zwischen der Haut der Psoriatiker und der Haut normaler Menschen.

Schon den älteren Autoren, speziell Hebra, war es auffallend, daß auf der Haut der Psoriatiker andere Hautkrankheiten ungeheuer selten sind. Sie schlossen daraus, daß die Psoriasis die Haut vor anderen Hautkrankheiten schützt. In jüngster Zeit bestreitet Volk[1]) diese Behauptung und meint, daß diese Ansicht schon längst verlassen sei. Durch meinen Aufenthalt in dem genannten Militärlazarett und durch meine bisherige spezialärztliche Erfahrung bin ich zu der Ansicht gekommen, daß die älteren Autoren mit Hebra an der Spitze eher Recht haben dürften als jene, in deren Namen Volk spricht. Nur muß die Behauptung der älteren Autoren ein wenig ergänzt werden. Schon in den Krankheitsgeschichten der oben angeführten 29 Fälle von Psoriasis wurde darauf geachtet, ob sich auf der Haut jener Patienten außer den psoriatischen Effloreszenzen noch irgend welche andere krankhafte Effloreszenzen vorfanden, die etwa einer anderen, mit der Psoriasis kombinierten Hautkrankheit angehörten. Ganz besonders eifrig fahndete ich auf dem Körper der Psoriatiker nach pyodermischen Erscheinungen: Impetigo, Ekthyma und dergleichen. Ich kam zu der Überzeugung, daß etwas derartiges auf der Haut der Psoriatiker eine ungeheuere Seltenheit ist.

Ausgesprochene Impetigo oder Ekthyema sah ich auf der Haut der Psoriatiker nicht ein einziges Mal. Und doch kamen zu uns Patienten — Soldaten — direkt aus dem Feld, wo an Staub, Kot und pyogenen Mikroben der verschiedensten Art kein Mangel ist und wo auch der Hygiene der Haut so wenig Sorgfalt gewidmet werden kann. Was hatten wir da bei unseren anderen Patienten Pyodermitiden, Impetigines, Ecthymen, Furunkeln u. dgl. Das größte Kontingent unserer Hautkrankheiten stellten gerade die genannten Affektionen. Und die Psoriatiker kamen aus demselben Milieu, wie jene Massen pyodermisch kranker Krieger, mit reiner, von alten analogen Erscheinungen, freier Haut. Auch unter unseren 29 Patienten waren nur drei (Nr. 7, 12, 18), bei denen man erst nach gründlicher Untersuchung vereinzelte, aber sehr kleine Pusteln finden konnte, Pusteln, die so klein waren, daß man gut aufpassen mußte, um sie nicht zu übersehen. Nur der Fall Nr. 26 hatte am linken Vorderarm zwei tiefe, akut entzündliche Infiltrate, die aber an der Spitze von der Hornschicht entblößt waren. Unter den übrigen, sehr zahlreichen Psoriatikern, die in unserem Verzeichnis nicht angeführt

[1]) Volk, Über atypische Psoriasisformen. W. kl. W., 1911.

Digitized by Google

sind, da sie nicht zu den Volksschichten gehören, die schwere Handarbeit verrichten, findet sich nicht ein einziger, bei dem eine pyodermische Affektion zu konstatieren gewesen wäre. Es ist also klar, daß, wenn es auch manchmal gelingt, bei einem Psoriatiker eine pyodermische Effloreszenz zu konstatieren, diese Erscheinung eine so seltene Ausnahme ist, daß man getrost behaupten kann, daß diese Ausnahme die Regel bestätigt, daß Psoriasis und Pyodermitis zwei sich gegenseitig ausschließende Krankheiten sind. Was liegt also näher als die Vermutung Hebras, daß die Haut der Psoriatiker gegen diese Affektion immun ist? Nicht weniger interessant ist das Faktum, daß wir kein einziges Mal Skabies bei einem Psoriatiker konstatiert haben, obwohl diese Krankheit, wie ich wohl nicht besonders hervorzuheben brauche, unter unseren Kranken eine ungeheuer häufige Erscheinung war. Und wenn ich an die Erfahrungen meiner nunmehr langjährigen spezialärztlichen Praxis zurückdenke, kann ich mich nicht erinnern, jemals einen mit Skabies behafteten Psoriatiker gesehen zu haben. Wie soll man da nicht den Schluß ziehen, daß die Psoriasis gegen andere Hautkrankheiten schützt? Gewiß schützt sie, gewiß gewährt sie Immunität. Gewährt aber die Psoriasis Immunität gegen alle Hautkrankheiten, wie die älteren Autoren behaupteten? Diese Frage müssen wir mit Volkmann verneinen. In der Literatur finden sich bereits mehr als genügend Fälle verzeichnet, in denen z. B. gleichzeitig mit den psoriatischen Effloreszenzen auch syphilitische Effloreszenzen vorhanden waren, die ihr charakteristisches Aussehen besaßen. Die Immunität, welche die Psoriasis der Haut gewährt, bezieht sich demnach nicht auf Krankheiten, die primär das Corium befallen, bezieht sich aber sicher auf eine ganze Reihe von Hautkrankheiten, die in der Weise entstehen, daß das pathogene Agens **von außen** auf die Haut gelangt und die Epidermiszellen schädigt und reizt. Entschieden gewährt die Psoriasis Immunität gegen pyogene Mikroben und sicher auch gegen Krätzmilbe. Und dies ist das zweite nicht weniger interessante Faktum, durch das sich die Haut des Psoriatikers von der Haut der normalen Menschen unterscheidet. Worin diese Immunität beruht, will ich sofort erklären, sowie auch, wie dieses Faktum zur Erklärung der psoriatischen Effloreszenzen verwendet werden kann.

Vorher möchte ich aber noch auf eine von mir gemachte Beobachtung hinweisen, die zwar nicht die Psoriasis allein betrifft, dafür aber auch Fälle von Impetigo, also eine Erkrankung, von der ich behauptet habe, daß ich sie nie mit Psoriasis kombiniert gesehen habe, und zwar eine selbständige Impetigo und nicht etwa eine sekundäre, die z. B. eine Skabies oder Pedikulosis kompliziert. Der Prozentsatz derartiger selbständiger Impetigines war unter unseren Patienten nicht gering. Und da konnte ich die höchst interessante Tatsache konstatieren, daß bei diesen Kranken sehr häufig jene Körperteile vorwiegend ergriffen waren, die wir als Prädilektionsstellen der Psoriasis bezeichnen: die Ellbogen, die Streckseiten der Extremitäten und die behaarte Kopfhaut waren mit Impetigoeffloreszenzen im wahren Sinne des Wortes übergossen, besät. Stets kam mir der Gedanke, daß, wenn von diesen Fällen eine Photographie angefertigt würde, dieses Bild einen jeden auf den ersten Blick an Psoriasis erinnern müßte. (Schluß folgt.)

Digitized by Google

Zur Eindämmung der Syphilis.

Von

Prof. J. Bauer und Dr. E. Delbanco in Hamburg.

Das Interesse, welches Staat und Gesellschaft am Kampfe gegen die Verbreitung der Syphilis nehmen, ist in den Kriegszeiten aus vielfachen Gründen außerordentlich gewachsen. Die Gesellschaft fürchtet die Krankheit, die von den Soldaten aus den verschiedenen Ländern Europas eingeschleppt wird, der Staat fürchtet den Schaden am Bevölkerungszuwachs, den diese Krankheit stiftet, in einer Zeit, in der die Kriegswunden am Volkskörper ausheilen sollen. Zahlreiche Maßnahmen wurden erwogen, um die Verbreitung der Syphilis zu verhindern, wobei sich als schwierigster Punkt des Problems die rechtzeitige Erkennung der Syphilis herausstellte. Wohl sind wir dank unserer diagnostischen Kenntnisse und Hilfsmittel imstande, den Einzelfall festzustellen, wenn er sich der ärztlichen Behandlung anvertraut, und ihn zu heilen und als Quelle weiteren Übels auszuschalten. Schwieriger liegen die Dinge da, wo der Kranke bewußt oder ohne Kenntnis seines Leidens der Behandlung und Belehrung entgeht. Hierher gehört die große Schar von latent Kranken, unter welchen die Frauen bei weitem in der Mehrzahl sind. Hierher gehören auch die kongenital infizierten Säuglinge, an die man im Kampfe gegen die Syphilisverbreitung am wenigsten gedacht hat. Beide Klassen von Syphilitikern können lange Zeit als Gesunde gelten und eines Tages infektionstüchtig werden, ohne daß ein Arzt sie gesehen, geschweige denn ihre Umgebung vor Ansteckung bewahrt hat.

Bei einer großen Anzahl dieser latentsyphilitischen Frauen und Kinder, vielleicht bei der Mehrzahl, wäre man aber durch eine einfache Maßnahme imstande, die Syphilis im Latenzstadium zu erkennen, und hiermit das Manifestwerden und die Verbreitung der Krankheit zu verhindern. Wenn man bei allen Gebärenden, oder wenigstens bei denjenigen, die in Anstalten niederkommen, die Wassermannsche Reaktion anstellte, so würde man eine große Anzahl Latentsyphilitischer entdecken und einer rechtzeitigen Behandlung zuführen, so daß sie weder luische Erscheinungen bekommen, noch ihre Krankheit weiterverbreiten, und daß sie künftighin gesunde Kinder in die Welt setzen und von vergeblichen Schwangerschaften und nutzlosen Wochenbetten verschont bleiben.

Neben Tot- und Fehlgeburten bringen diese latentsyphilitischen Frauen, die an Zahl nicht wenige sind, oft anscheinend gesunde Kinder, deren Syphilis erst nach Wochen in Erscheinung tritt, in die Welt. Wenn man frühzeitig die Krankheit der Mutter durch die Blutuntersuchung erkennt, so kann man diese Kinder vor Tod und Siechtum, und Ammen und Pflegeeltern vor der Syphilis insontium bewahren, indem man diese Kinder frühzeitig spezifisch behandelt.

Macht es nun Schwierigkeiten oder der Gebärenden Unbequemlichkeiten, wenn man ihr Blut auf Wassermannsche Reaktion untersucht? Keineswegs. Das zu untersuchende Blut liegt doch mit der Nachgeburt auf dem Teller. Das Blut der Plazenta bzw. des retroplazentaren Hämatoms braucht nur in ein Glasgefäß gefüllt und der nächsten Untersuchungsstelle eingereicht zu werden.

Auf diese einfache Maßnahme, die in vielen geburtshilflichen Instituten bereits geübt wird, wollen wir die Augen derjenigen lenken, die nach Mitteln suchen, der Syphilisverbreitung Schranken zu setzen. An dieser Stelle läßt sich leicht ein Hebel ansetzen, wenn allerorts diese Gepflogenheit geübt würde, das Blut aus dem mütterlichen Anteil der Plazenta aufzufangen und der Untersuchung zuzuführen. Im Privathaus könnte die Hebamme dazu verpflichtet werden, in der Anstalt könnte der ärztliche Leiter für die prinzipielle Durchführung dieser Untersuchung verantwortlich gemacht werden.

Daß eine solche Maßnahme durchgreifenden Nutzen nur haben kann, wenn sie behördlich angeordnet wird, dürfte einleuchten. Eine andere Frage ist es, wie man die Krankbefundenen zur Behandlung bringt.

Für eine Kategorie von Müttern und Kindern wäre diese Maßregel von außerordentlichem Nutzen, nämlich für die unehelichen Kinder und ihre Mütter. Das positive Resultat der Blutuntersuchung würde der Behörde, der die unehelichen Kinder

Digitized by Google

unterstehen, dazu dienen: erstens diese Kinder nicht in Pflege zu geben, sondern eine Zeitlang in Anstaltsbeobachtung, so daß sie nicht als Ansteckungsherd dienen; zweitens diese Kinder behandeln zu lassen, sobald die ersten Symptome der Syphilis sich zeigen, auf die von vornherein peinlich gefahndet werden kann.

Sicherlich läßt sich aber auch ein Weg finden, um den Nutzen dieser Maßnahmen der Allgemeinheit zugute kommen zu lassen. Es wäre vielleicht möglich, die Untersuchungen nur zu statistischen Zwecken anstellen zu lassen, bei positivem Ausfall aber vertraulich dem behandelnden Arzte Mitteilung zu machen (bzw. dem beamteten Arzte). In Hamburg, wo ein staatlich bestellter Arzt die Ammenuntersuchung vorzunehmen hat, würde diesem sein Amt erleichtert, syphilitische Wöchnerinnen vom Ammenberuf auszuschließen, andererseits sein Amt erweitert, syphilitisch gefährdete Kinder von der Brust einer gesunden Amme fernzuhalten. Dazu bedarf es nur der Maßgabe, daß jede Amme, die von ihm untersucht wird, das Kind zu bezeichnen hat, das sie zu nähren beabsichtigt. Damit diente der Ammenarzt nicht nur denjenigen, die für ihr Kind eine gesunde Amme brauchen oder nur haben wollen, sondern auch der Amme, die er vor Krankheit bewahrt.

Über die Tiefenwirkung des Trypaflavins.

Von

Arthur Abelmann und R. E. Liesegang in Frankfurt a. M.

(Mit 1 Abbildung.)

Es ist wahrscheinlich, daß das Trypaflavin, d. h. das von L. Benda[1]) zuerst hergestellte Diaminomethylakridiniumchlorid, wegen seiner ausgezeichneten desinfizierenden Eigenschaften sich immer mehr einbürgern wird. Es ist deshalb von Wichtigkeit, das Diffusionsvermögen seiner verschiedenen Formen kennenzulernen, da man hiernach seine Tiefenwirkung annähernd beurteilen kann.

Untersucht wurden sowohl die gewöhnlichen, sauer reagierenden Lösungen, wie auch diejenigen des neutralen Produkts. Von letzterem sagen Leopold Cassella & Co. in Frankfurt a. M., die Hersteller des Trypaflavins, in einem soeben erschienenen Bericht: „Es steht noch nicht fest, ob es ein ebenso großes Diffusionsvermögen besitzt, also ebenso tief in die Gewebe eindringt."

Versuche mit frischer Muskulatur zeigten, daß alle Lösungen innerhalb eines Tages in der Größenordnung eines Millimeters eindrangen. Die neutralen blieben etwas gegenüber den sauren zurück. Vergleichszahlen, auf welche es hier besonders ankam, ließen sich jedoch hiermit nicht leicht gewinnen. Deshalb wurde die Hauptreihe mit künstlichen Gallerten, welche sich in dünnen Glasröhren befanden und in die betreffenden Lösungen eingestellt wurden, gemacht. Von Zeit zu Zeit wurde die Diffusionsgrenze ausgemessen. Zur Verwendung kamen als Gallerten: 10%ige und 0,5%ige Gelatine, entweder rein oder versetzt mit Eialbumin, Fibrin oder Kasein. Ferner 10%iges Eialbumin, welches durch Erhitzen innerhalb des Glasrohres koaguliert worden war. Die eindiffundierenden Lösungen waren: 0,1- und 0,5- und 1%iges frisches, saures und neutrales Trypaflavin. Ferner 0,5%ige Lösungen, welche mit einem Verdickungsmittel, nämlich Gummiarabikum, versetzt worden waren. Ferner 0,1%iges saures Trypaflavin, welches durch mehrtägige Bestrahlung mit Sonnenlicht tief gebräunt worden war. Zum Vergleich wurden noch ein anderer organischer Farbstoff, nämlich 1%iges Methylenblau, und ein gefärbtes Salz, nämlich 1%iges Kaliumbichromat, herangezogen.

In allen Fällen ergibt sich ein sehr gutes Diffusionsvermögen in den Gelatinegallerten. So ist 1%iges frisches, saures Trypaflavin in 5%iger Gelatine in 20, 44, 92 und 164 Stunden vorgedrungen: 15, 28, 40 und 52 mm. In 10%iger Gelatine 14, 20, 30 und 40 mm. 1%iges Kaliumbichromat, ein besonders leicht diffundierender Stoff, dringt in letzteres in diesen Zeiten 18, 25, 37 und 52 mm vor.

In vorstehendem Schema sind die Stunden auf der Abszisse, die Diffusionsweiten in Millimetern auf der Ordinale angegeben. Es bezieht sich a auf 1%iges Trypaflavin

[1]) L. Benda, Ber. d. D. Chem. Ges., 45, S. 1787 (1912) u. 46, S. 1913 (1913).

Digitized by Google

und 5%ige Gelatine, b auf 1%iges Trypaflavin und 10%ige Gelatine, c auf 0,1%iges Trypaflavin und 10%ige Gelatine, d auf 1%iges Trypaflavin und eine mit 10%igem Fibrin versetzte 10%ige Gelatinegallerte, e auf 0,1%iges Trypaflavin und die gleiche Gallerte.

Man ersieht daraus hauptsächlich, daß der Anstieg anfangs sehr viel rascher als später ist.

Von den anderen Präparaten seien in den beiden folgenden Tabellen nur die Anfangs- und Schlußzahlen (in Millimetern) angegeben:

Diffusionsweiten in 20 Stunden.

	10%ige Gelatine	5%ige Gelatine	5%ige Gelatine u. 5%iges Albumin	10%ige Gelatine u. 10%iges Fibrin	10%ige Gelatine u. 10%iges Kasein	10%iges Albumin koaguliert
1,0%iges Trypaflavin sauer	14	19	15	11	7	—
0,1%iges „ „	10	12	11	8	4	3
1,0%iges „ neutral	12	16	12	8	6	2,5
0,1%iges „ „	10	13	10	7	5	4
0,5%iges „ sauer	11	12	—	9	5	—
0,5%iges „ „ + 17%iges Gummiarabikum	10	11	—	6	4	—
0,5%iges Trypaflavin neutral	11	14	12	9	6	—
0,5%iges „ „ + 17%iges Gummiarabikum	8	10	10	7	3	—
0,1%iges Trypaflavin sauer, gebräunt d. Belichtung	11	13	11	—	6	4
1,0%iges Methylenblau	10	12	11	0,5	5	4
1,0%iges Kaliumbichromat	18	21	18	11	15	—

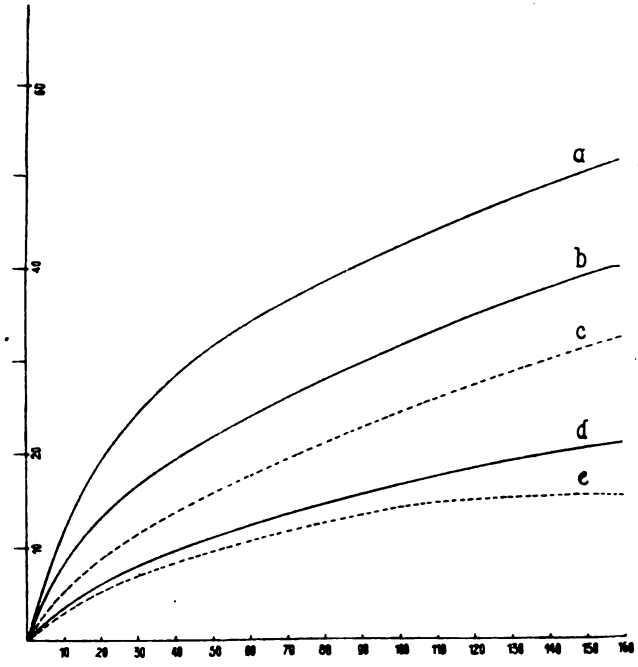
Diffusionsweite in 164 Stunden.

	10%ige Gelatine	5%ige Gelatine	5%ige Gelatine u. 5%iges Albumin	10%ige Gelatine u. 10%iges Fibrin	10%ige Gelatine u. 10%iges Kasein	10%iges Albumin koaguliert
1,0%iges Trypaflavin sauer	40	52	41	—	21	—
0,1%iges „ „	28	34	30	—	16	22
1,0%iges „ neutral	34	41	36	—	18	21
0,1%iges „ „	28	34	26	—	15	15
0,5%iges „ sauer	33	36	—	—	18	—
0,5%iges „ „ + 17%iges Gummiarabikum	26	30	—	—	16	—
0,5%iges Trypaflavin neutral	34	40	32	—	16	—
0,5%iges „ „ + 17%iges Gummiarabikum	26	31	25	—	16	—
0,1%iges Trypaflavin sauer, gebräunt durch Belichtung	30	36	30	—	15	18
1,0%iges Methylenblau	30	31	23	—	11	16
1,0%iges Kaliumbichromat	52	60	55	—	45	—

Digitized by Google

Wie zu erwarten war, vermindert sich die Strecke mit ansteigendem Gelatinegehalt der Gallerte. Eine Gallerte aus 5% Gelatine und 5% Hühnereiweiß verhält sich praktisch genau so wie eine solche aus 10% Gelatine. Eiweiß setzt der Diffusion des Trypaflavins also keinen für die Praxis in Betracht kommenden Widerstand entgegen. Stärker wirkt dagegen Fibrin, welches der Gelatinelösung in festem Zustand zugesetzt worden war. (Spätere Abmessungen konnten an dem Fibrinpräparat nicht gemacht werden, weil die Gallerte sich unter Gasblasenentwicklung zersetzt.) Noch stärker zurückhaltend wirkt zugesetztes Kasein, das allerdings für die vorliegenden Betrachtungen nicht maßgebend ist. Dagegen ist die Hemmung durch Fibrin bei Methylenblau sehr viel größer als diejenige durch Kasein.

Neutralisiertes Trypaflavin diffundiert immer etwas weniger weit als das saure, wie ich dies auch bei den Muskelversuchen gezeigt hatte. Aber das Diffusionsvermögen ist noch ein so gutes, daß es demjenigen des sauren fast gleichgestellt werden kann.



Einen größeren Einfluß hätte man bei Neutraltrypaflavin von der albuminhaltigen Gelatinegallerte erwarten können. Versetzt man nämlich eine 1%ige Eiweißlösung mit einer geringen Menge der sauren oder neutralen Trypaflavinlösung, so tritt ein Niederschlag ein, der sich wohl im Überschuß des sauren, nicht aber des neutralen Trypaflavins wieder löst. In Wirklichkeit hemmt aber auch beim Neutraltrypaflavin das Eiweiß die Diffusion nicht stärker wie die gleiche Menge Gelatine.

Die Lösewirkung des Trypaflavinüberschusses auf Eiweiß ist übrigens nur durch seine saure Reaktion bedingt. Zugabe einer geringen Menge Essigsäure, Salzsäure, Schwefelsäure wirkt ebenfalls lösend. — Bei dieser Gelegenheit sei erwähnt, daß sich die Säure des nicht neutralisierten Trypaflavins in anderer Weise bei den Diffusionsversuchen bemerkbar macht. Sie bedingt eine leichte Quellung der Gelatine, die sich durch andere Lichtbrechung anzeigt. Die Grenze der Säurediffusion ist in den Anfangsstadien ziemlich scharf. Sie fällt nicht zusammen mit der Grenze der gefärbten Zone. Während bei einem entsprechenden Versuch mit Eisenchlorid die Säure dem Gefärbten vorauseilt (wegen der Adsorption des Eisenhydroxyds), bleibt sie hier deutlich zurück. In den Zeiten, in welchen bei 10%iger Gelatine und 1%igem Trypaflavin die Färbung sich auf 14 und 20 mm erstreckt, wird die Säurewirkung nur 10 und 15 mm bemerkbar. Bei 5%iger Gelatine sind es 15 statt 19 mm. Noch größer wird der Unterschied bei

Digitized by Google

Verwendung von 0.1%igem Trypaflavin. Auch dies weist auf die nur geringe Förderung der Trypaflavindiffusion durch die Säure hin.

Im Gegensatz zu diesen Quellungsvorgängen wurde eine geringe Schrumpfung (Entquellung) beobachtet, wenn Neutraltrypaflavin in eine eiweißhaltige Gelatinegallerte eindiffundiert. Dieselbe erstreckt sich bei 1%igem Trypaflavin auf 13 mm, wenn die Färbung 36 mm erreicht hatte; bei 0.1%igem auf 3 mm bei 26 mm weiter Färbung. Eine Diffusionshemmung trat hierdurch wie gesagt nicht ein. Von besonderer Wichtigkeit ist natürlich das Verhalten der durch Licht gebräunten Trypaflavinlösungen. Schon Benda hatte die verhältnismäßig große Lichtempfindlichkeit sehr verdünnter Trypaflavinlösungen beobachtet und daraus den Schluß gezogen, daß es besser sei, die Losungen jedesmal vor dem Gebrauch frisch zu bereiten. Die mehrere Tage in farblosen Gefäßen dem direkten Sonnenlicht ausgesetzte 0.1%ige Lösung des sauren Trypaflavins ändert tatsächlich ihren hellgelben Farbton in ein schwärzliches Braun. Wie aus den Tabellen ersichtlich, ist das Diffusionsvermögen im Vergleich mit der frischen Lösuug jedoch kaum verändert. Auch in den braunen Lösungen ist also noch viel unzersetzte Substanz enthalten. Überhaupt erweist sich die durch die Belichtung bedingte Gefahr als viel geringer, wie man bisher angenommen hatte. Konzentriertere, z. B. 1%ige Lösungen sind ganz erheblich weniger lichtempfindlich als die verdünnte. Vor Licht geschützt, bleiben die Lösungen unverändert.

Schließlich geht aus den Tabellen hervor, daß auch die mit einem Verdickungsmittel, z. B. Gummiarabikum, versetzten Trypaflavinlösungen nur wenig an ihrem Diffusionsvermögen einbüßen.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Liquoruntersuchungen im Sekundärstadium der Lues, von Hans Königstein und Paul Goldberger. (W. kl. W., 1917, Nr. 12.) Bei 34 Syphilitikern mit Alopezie ergab die Untersuchung des Liquors 25mal ein positives und 9mal ein negatives Resultat, unter 31 Leukodermafällen 19 : 12mal. Unter den Fällen klagten 14 über Kopfschmerzen usw. bei mehr oder minder pathologischem Liquorbefund, bei sechs war trotz dieser Beschwerden nichts zu finden. 30 Personen wiesen einen krankhaften Spinalflüssigkeitsbefund auf, ohne daß ein subjektives oder objektives Symptom darauf hingedeutet hätte.

H. Vörner-Leipzig.

Über Liquor-Untersuchungen und Liquor-Behandlungen bei Syphilitischen, von Werther-Dresden. (D. Zschr. f. Nervhlk., 1917, Bd. 57, H. 1—2.) In der Einleitung weist der Verfasser nachdrücklich darauf hin, daß besonders nach den Erfahrungen der letzten Jahre, speziell seit der Salvarsan-Ära, die früher von einigen Verfassern schon erwähnte, aber wenig beachtete Früh-Meningitis luetica durchaus nicht zu den Seltenheiten gehört. Die Tierexperimente zeigten ebenfalls die sehr frühzeitige Generalisierung und häufig sehr frühe Lokalisierung des Virus im Zentralnervensystem mit fast denselben anatomischen Veränderungen wie beim Menschen. Auch die Lumbalpunktionen im Frühstadium haben diese Beobachtungen von Meningealerkrankungen oft noch vor allen anderen klinischen Allgemeinmanifestationen der Lues bestätigt, besonders wenn die Eingangspforte des Virus am Kopf sitzt. Dann beschreibt Werther ausführlich die Wege, die nach unserer bisherigen Kenntnis die Spirochäten nehmen, und schildert die allmählich eintretenden Liquorveränderungen: 1. die Globuline mit den verschiedenen Reaktionen; 2. die Zellausscheidung; 3. die Wassermann-Reaktionen im Blute und Liquor, die voneinander unabhängig sind. Die positive Wassermann-Reaktion im Liquor kommt nur durch Reagine, die im Zentralnervensystem selbst gebildet werden, zustande, tritt nur langsam auf und nur dann, wenn genügende Mengen Spirochäten daselbst vorhanden sind, um sie zu erzeugen. Während Globuline und Pleozytose nur auf einen entzündlichen Prozeß hinweisen, liefert die positive Wassermann-Reaktion im Liquor den Beweis der syphilitischen Natur desselben. Der Verfasser bespricht, meist den Anschauungen Gennerichs und anderer folgend, unsere bisherigen Kenntnisse vom Zustandekommen und der Wirkungsweise der Antikörper und der Selbstentseuchung

Digitized by Google

des Organismus, und kommt zu dem Schlusse, daß eine milde Frühsyphilis gefährlich für das Zentralnervensystem ist, weil sie den Organismus weniger zur Antikörperbildung anregt als eine Syphilis, die im Frühstadium mit mehreren Rezidiven und ausgiebiger Allgemeindurchseuchung verläuft. Für die Frage der Ausheilung der frühmeningealen Syphilis kommen folgende drei Punkte in Betracht: 1. Der Sitz der Spirochäten, d. h. die Möglichkeit, den im Blutstrom kreisenden, spirochätentötenden Mitteln den Zugang zu diesen zu verschaffen. 2. Die Virulenz der Spirochäten. 3. Die Menge der Abwehrkräfte des befallenen Organismus. Aus dem vorher Gesagten folgert Werther für unser therapeutisches Vorgehen folgendes: 1. im ersten Stadium bei noch negativer Wassermann-Reaktion müssen wir die Abtötung der Spirochäten abortiv zu erzielen suchen; 2. wo das nicht gelingt, muß eine Sterilisation durch intermittierende Behandlung erreicht werden; 3. die Allgemeindurchseuchung des Organismus im zweiten Stadium soll nicht brüsk eingedämmt werden; das Salvarsan soll von kleinen zu großen Dosen gesteigert werden; die Gesamtdosis des Salvarsans muß viel größer sein als üblich; die zweite Salvarsankur soll 6—8 Wochen nach der ersten einsetzen. Ungenügende Salvarsankuren sind schlechter als gar keine, da sie zum Überhandnehmen der meningealen Krankheitsvorgänge und zur gesteigerten Progredienz des Verlaufes der Syphilis führen können. Um herauszufinden, in welchen Fällen das Zentralnervensystem besonders gefährdet und die Behandlung besonders intensiv zu gestalten und fortzuführen ist, gibt es nach Werther nur einen Wegweiser, und das ist die Lumbalpunktion und Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. Er verlangt daher für jeden Syphilitiker eine solche gegen Ende des Frühstadiums, d. h. im dritten Stadium der Erkrankung. Zur Bestätigung dieser Betrachtungen teilt Werther seine eigenen Erfahrungen an einem reichen Krankenmaterial mit, und zwar teilt er dieses in 6 Gruppen: 1. Unbehandelte Frühfälle; 2. behandelte Frühfälle; 3. Spätsyphilis; 4. Lues cerebrospinalis; 5. Paralyse; 6. Tabes. So interessant die Beobachtungsergebnisse Werthers auch sind, so würde es zu weit führen, hier Details wiederzugeben. Von jeder einzelnen Gruppe teilt der Verfasser mit statistischen Belegen mit, welche Form der Liquorveränderungen am häufigsten bei ihr auftritt; er glaubt diese Beobachtungen für die Differentialdiagnose verwerten zu können. Nicht nur für die einzelnen syphilogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems unter sich, z. B. Lues cerebri und progressive Paralyse, sondern auch für die Differentialdiagnose zwischen psychogenen Erkrankungen (Neurasthenie — Alkoholismus — Syphilophobie) und syphilogenen psychischen Erkrankungen gibt die Lumbalpunktion wertvolle Aufschlüsse, wie das Werther durch Beispiele aus der Praxis zu beweisen sucht, deren Lektüre besonders für die Neurologen von großem Interesse sein dürfte. Dabei betont der Verfasser, daß die Lumbalpunktion die klinische Diagnose nicht verdrängen, sondern nur ergänzen soll, besonders um diejenigen Syphilitiker herauszufinden, die, ohne deutliche klinische Symptome zu haben, in ihrem Zentralnervensystem gefährdet sind. Da nun die ins Blut eingeführten und in diesem kreisenden antisyphilitischen Mittel nur ausnahmsweise und nur in geringen Mengen in den Liquor gelangen, so ist für diese Fälle außer der Allgemeinkur die direkte Einbringung von Salvarsan in den Liquorsack, d. h. die intralumbale Behandlung notwendig. Leider ist dieselbe sehr gefährlich, und Werther berichtet von Tierversuchen, den Erfahrungen von Swift und Ellis, denen von Gennerich und seinen eigenen, nach denen nur allerkleinste Dosen ungefährlich sind. Er fand, daß die Gennerichsche intralumbale Methode mit im Liquor gelöstem Salvarsan-Natrium besser sei als die intralumbale von Swift und Ellis mit Salvarsan-Serum; er betont aber, daß trotz der Wirksamkeit von sehr kleinen Dosen die Methode vorderhand in der Allgemeinpraxis gar nicht, im Krankenhause nur sehr beschränkt durchführbar sei. Außerdem sei ihr Hauptanwendungsgebiet nicht die Tabes und Paralyse, sondern die frühsyphilitischer Meningen, und hier speziell hofft er von der Zukunft, daß die Überzeugung von der Wichtigkeit der Liquoruntersuchungen und Liquorbehandlungen sich immer mehr Bahn brechen werde.

O. Lasch-Breslau.

Über den Wert der Luetin-Reaktion von Noguchi für die Diagnose der Syphilis, von Radolfo Stanziale. (Riforma m., 1917, Nr. 2) Am häufigsten beobachtete Verfasser die papulöse Form der Reaktion, die pustulöse trat besonders bei tertiären Fällen, seltener bei hereditär-luetischen auf. Die toxische Form war sehr selten. Nur in einem Falle ergab eine zweite elf Tage nach der ersten negativ verlaufenen gemachte Injektion eine positive Reaktion. Die Therapie scheint keinen Einfluß auf die Reaktion zu haben. Die Probe erwies sich als absolut spezifisch, doch ist die Entscheidung, ob es sich um eine einfache Hautreizung oder um wirkliche Reaktion handelt,

Digitized by Google

nicht immer leicht und nie vor dem fünften Tage zu treffen. Verfasser betont den hohen diagnostischen Wert der Probe besonders für die hereditäre und tertiäre Lues.
M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Über Luetinreaktionen und Jodwirkung, von N. C. Borberg. (Bibliotek f. Laeger. April 1917.) Verfasser hat bei ungefähr 300 Patienten Luetinreaktionen nach Noguchi gemacht und hat bei ihnen mit Sicherheit keine andere positive Luetinreaktion als wie bei den mit Jod behandelten gefunden. Er resümiert wie folgt: Durch Einnehmen von Jodsalzen wird eine „Umstimmung" (Neisser) des Organismus hervorgerufen, die sich durch eine Vergrößerung der Entzündungsreaktion gegenüber bakteriellen Ablagerungen erweist. Es muß angenommen werden, daß es diese Akzentuation ist, die die Grundlage der Wirkung des Jodes auf chronische Entzündungsexsudate und speziell auf die syphilitischen ist. Während der Behandlung mit den gewöhnlichen medikamentellen Dosen von Jodsalzen wird die „Luetinreaktion" positiv, ob der Patient Syphilitiker ist oder nicht, und die Pirquetsche Reaktion wird stärker. Positive „Luetinreaktion" wurde nur bei Jodbehandelten gefunden. W. Holland-Kristiania.

Über Luetinreaktion und Jodwirkung, von H. Boas. (Bibliotek f. Laeger, Mai 1917.) Anläßlich des Nachweises Borbergs von der „falschen" Luetinreaktion während der Jodbehandlung nennt Verfasser mehrere Fälle von positiver Luetinreaktion bei Kranken, die niemals Jod bekommen hatten. Verfasser hebt hervor, daß die Luetinreaktion ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel ist, das eine bedeutende Bereicherung für die syphilidologische Klinik ist, wenn auch die von Borberg angeführten Verhältnisse ihre Brauchbarkeit selbstverständlich beschränken. W. Holland-Kristiania.

Luetinreaktion — eine Jodwirkung? von A. Kissmeyer. (Bibliotek f. Laeger, Mai 1917.) Anläßlich des Aufsatzes von Borberg über Luetinreaktion (daß diese nicht eine Syphilisreaktion sei, sondern nur bei Jodbehandelten vorkomme) hat Verfaser einige Kontrollprüfungen gemacht, die sämtlich mit denen von Borberg im wesentlichen übereinstimmen. Die sogenannte Luetinreaktion ist in den meisten Fällen als ein Prozeß anzusehen, der von der Anwesenheit von Jod im Organismus hervorgerufen ist, in dem Verhältnis, daß bakterielle Depots in der Haut von Jod mobilisiert werden (Jodakne). Doch hat es sich gezeigt, daß sich eine echte kutane Syphilisreaktion, die sich morphologisch von der von Jod hervorgerufenen nicht trennen läßt, in einzelnen Fällen finden läßt; die Bedeutung aber der Luetinreaktion als Diagnostikum ist demnach im hohen Grade herabgesetzt. W. Holland-Kristiania.

Über die Spezifizität der Luetinreaktion, von N. C. Borberg. (Bibliotek f. Laeger, Mai 1917.) Replik. Syphilis ohne Jodbehandlung gab negative Luetinreaktion. Eine positive Luetinreaktion ist gewiß zuvörderst ein gutes, wenn auch nicht ein unwandelbares Hilfsmittel, eine Jodbehandlung zu diagnostizieren.
W. Holland-Kristiania.

Verschiedenes.

Bei der am 27. Oktober in Leipzig stattfindenden II. Kriegstagung der Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen wird von H. Willige-Halle a. S. ein Referat über die Behandlung der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems erstattet werden.

Unser Mitarbeiter, Prof. Otto Seifert, Vorstand der Poliklinik für Nasen- und Kehlkopfkrankheiten in Würzburg, erhielt Titel und Rang eines ordentlichen Professors.
R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

19. Oktober 1918 | Nr. 42 | Band 67

Vergleichende Tot-Lebend-Färbung.

Von

P. G. Unna.

Die Sauerstoffbewegung im Gewebe läßt sich tinktoriell auf zwei verschiedenen Wegen studieren. Entweder werden Stoffe, sei es auf dem Blutwege — allgemein — oder sei es direkt in die Gewebe — lokal — eingeführt, welche innerhalb der letzteren ungelöst eine Zeitlang liegen bleiben und durch Farbenumschlag als Indikator für die Sauerstoffbewegung ihrer Umgebung dienen. Diesen Weg hat zuerst Ehrlich eingeschlagen[1]) und sich dabei unlöslicher, mehr oder weniger leicht reduzierbarer Farbstoffe (Alizarinblau, Indophenolblau) bedient. Er führte dieselben auf dem Blutwege ein, worauf sie sich dann, ohne das Zellprotoplasma selbst anzufärben, in demselben (nach Ehrlich: im Paraplasma) ablagerten und ihren Farbenumschlag ausführten. Dazu eigneten sich die leicht verküpbaren, reversiblen Farben, welche bei der Küpenfärbung der Textilfärber eine Rolle spielen. Hatte das Protoplasma sie durch Sauerstoffentziehung farblos gemacht, so genügte es, sie der Luft auszusetzen, um sie in Kontakt mit dem Luftsauerstoff wieder zu bläuen.

Die Resultate dieser Methode waren bemerkenswert, blieben aber mit vielen Rätseln behaftet, da Ehrlich es unterließ, seine makroskopischen Resultate mikroskopisch weiterzuverfolgen. Er hätte das gerade bei seiner Methode der Injektion unlöslicher Farben sehr wohl durchführen können. So blieben seine Resultate auf den Nachweis grober Unterschiede zwischen den verschiedenen Organen beschränkt, ohne daß die allgemeinen, sich in allen Organen gleichbleibenden Grundtatsachen erkannt und zur Erklärung benutzt werden konnten, wie z. B. der Nachweis bestimmter und von Organ zu Organ in verschiedener Anordnung wiederkehrender Sauerstofforte und Reduktionsorte. Mit Injektion wasserlöslicher Farben hätte Ehrlich auch diese groben, makroskopischen Differenzen der Organe gar nicht finden können, weil solche, durch Osmose rasch entfernt, der reduzierenden Einwirkung der Gewebe und einer darauffolgenden Verküpung nicht standhalten und auch nirgends in genügender Masse und Konzentration auftreten, um wahrgenommen zu werden.

Würde Ehrlich andererseits seine Injektionsergebnisse auch mikroskopisch verfolgt haben, so hätte er es sicherlich unterlassen, die makroskopisch gefundenen Differenzen statt auf mikroskopische Befunde, auf sehr komplizierte physikalische Annahmen über Resorptionsflächen der Zellen zu stützen, welche den Fortschritt auf diesem Gebiete in keiner

[1]) Ehrlich, Das Sauerstoffbedürfnis des Organismus. Berlin, Hirschwald 1885.

Digitized by Google

Weise gefördert haben. Im Gegenteil ist es wohl dieses Dornengestrüpp unfruchtbarer Hypothesen gewesen, welches seine Schüler abgehalten hat, das Werk ihres Meisters auf mikroskopischem Wege einfach zu ergänzen. Schon eine der grundlegenden Hypothesen von EHRLICH hat sich als unhaltbar erwiesen, daß nämlich die Farben unlöslich sein müßten, um von der Zelle aufgenommen zu werden; nur die Phagozytose unlöslicher Körper (in Analogie mit der Karminaufnahme der Amöben) ließ er zu. Die neuen Arbeiten von SCHULEMANN u. a. haben uns gezeigt, daß bei einem bestimmten mittleren Diffusionsgrad die meisten sauren Farben in ganz konstanter Weise von Bindegewebszellen gespeichert und dadurch in ihrer endozellulären Lage sichtbar gemacht werden können.

Ebenso unhaltbar ist EHRLICHS andere Hypothese, daß wasserlösliche Farben die Membranen der Zellen nicht durchdringen können. War er es doch selbst, der uns durch die Lehre von den haptophoren Gruppen von früheren physikalischen Hypothesen unabhängig machte, und der, je älter er wurde, um so mehr Wert auf die Erklärung durch Haftung von Giften und Farben auf Grund chemischer Affinitäten legte. Trotzdem spielt die Idee der Erklärung durch physikalisch undurchdringliche und partiell durchdringliche Membranen in seinem Geiste auch noch später eine große und leider recht schädliche Rolle[1]), weil sie viele jüngere Forscher in ihren Bann zog, welche, anstatt mehr zu mikroskopieren, den schon recht ansehnlichen Bau von Hilfshypothesen über Membranbeschaffenheit, Mizellargröße, Molekulargröße und andere nie gesehene Subtilitäten noch vergrößerten (siehe z. B. PAPPENHEIMS Farbchemie).

Wir können und müssen mithin EHRLICH selbst gegen EHRLICH ausspielen. Seine späteren ebenso geistreichen, aber besser fundierten Theorien der Chemotherapie über chemische Affinität und chemische Auslese machen dieses ganze physikalische Beiwerk seiner jugendlichen Arbeit unnötig.

Das Studium der Sauerstoffbewegung mittels der unlöslichen Farbkörper EHRLICHS wird sich auch sehr wohl geeignet erweisen zur Erklärung bestimmter analoger Prozesse des Sauerstoffwechsels im Leben. So läßt sich z. B. die Reduktion der oxydierten, vom Lungenblut stammenden Lymphe in den Spalten des Gewebes in Analogie bringen mit der Reduktion des in denselben Spalten abgelagerten Alizarinblaus und Indophenols. Fruchtbar wird allerdings auch diese Analogisierung erst werden, wenn auch sie erst mikroskopisch bearbeitet und vollkommen aufgeklärt sein wird.

Eine grundsätzlich andere, zweite Methode der Vitalfärbung geht darauf aus, das Gewebe selbst, nicht seine Interstitien — das Protoplasma der Zellen selbst, nicht ihr Paraplasma, zu färben und aus den Färbungen Schlüsse zu ziehen. Soweit man es bei diesen Färbungen mit den histologisch bekannten Strukturen zu tun hat, kann sich die daraus fließende Erkenntnis lückenlos auf dem bisherigen Fundament der Histologie aufbauen, wie beispielsweise bei EHRLICHS Nervenfärbung mit Methylenblau, wo mittels dieser neuen und feineren Methode unsere anatomischen

[1]) Z. B. bei seiner Theorie der Färbung der Tuberkelbazillen.

Digitized by Google

Kenntnisse ungemein erweitert, korrigiert und gefestigt werden konnten. Im Gegensatz zu den mit sauren Farbstoffen ausgeübten Injektionen erster Art handelt es sich hier bisher nur um solche mit basischen Farben, wie Methylenblau, Neutralrot und Bismarckbraun. Abgesehen von der erwähnten, ganz allein dastehenden Nervenfärbung hat diese Methode keine der bekannten Kern- und Plasmastrukturen zur Darstellung gebracht, dagegen hat sie uns neue Gebilde in den Zellen kennen gelehrt, die sogenannten Granula. Es sind dieses kleinste kugel- oder stäbchenförmige, frei im Plasma liegende Gebilde, deren Kenntnis sich den gewöhnlichen, an totem Material ausgeführten, histologischen Methoden entzog, weil sie eben nur bei Durchfärbung der lebenden Organismen, bei der speziell sogenannten Vitalfärbung, deutlich hervortreten. Allerdings darf man von den unter diesen Umständen sichtbar werdenden Elementen nur solche zu den „Granula" rechnen, welche sich morphologisch und chemisch als besonders geartete Zellteile erweisen. Dazu gehört, daß sie an den Orten, wo sie gefunden werden, in Form, Zahl und Anordnung beständig sind und mittels der geeigneten Färbungsmethode immer in gleicher Weise dargestellt werden können. Ob sie ihrer Bedeutung und ihrer Funktion nach in eine Klasse zu stellen sind mit Ehrlichs Granula der Blutzellen, die an totem, fixiertem Material, und mit Altmanns Granula, die sogar erst nach sehr eingreifender, fixativer Vorbehandlung an Gewebsschnitten nachweisbar sind, das müssen spätere Untersuchungen lehren, welche ihre chemische Beschaffenheit aufklären, was auf dem Wege der chromolytischen Analyse nicht allzu schwierig sein dürfte. Sicher stehen sie den peroxydasenhaltigen Granula der Mastzellen und vieler Drüsenzellen (Winkler, Schulze) nahe, welche sich auch an lebendem Material färben lassen. Alle haben den Umstand gemein, daß sie mit besonderen, meist noch unbekannten Funktionen begabte, integrierende Teile des Gesamtprotoplasmas sind, die sich von der allgemeinen Grundsubstanz desselben, dem Spongioplasma, getrennt haben, von dem sie aber stets noch allseitig umschlossen sind und in dessen Waben sie liegen. Ein Teil des Chemismus des Protoplasmas besteht fraglos in einer chemischen Wechselwirkung zwischen solchen Granula und dem Spongioplasma, in das sie eingebettet sind.

Fassen wir alles zusammen, was die „Vitalfärbung" bisher für die Morphologie der Gewebe geleistet hat, so beschränkt es sich auf bestimmte Teile des Nervensystems und einige Formen der Granula. Über die Funktionen der Gewebe haben wir aus ihr bis auf zwei Ausnahmen nichts Neues gelernt. Diese Ausnahmen beziehen sich beide auf den Sauerstoffwechsel der Gewebe, indem wir einerseits durchs Ehrlichs Versuche die Reduktionskraft der Gewebe im allgemeinen kennen- und einschätzen lernten, und indem andererseits neuerdings in einigen Granula des Bindegewebes und mancher Drüsen Sauerstoffermente aufgefunden wurden. Die ersten Anfänge einer Physiologie des Gewebesauerstoffwechsels verdanken wir mithin in der Tat der Vitalfärbung, aber diese Leistungen waren eigentlich nur zufällig mit der Vitalfärbung von Ehrlich verknüpft. Dieselben Befunde hat man allmählich auch gelernt, an herausgeschnittenen Geweben und sogar viele Stunden nach dem Tode zu gewinnen. So wird die Vitalfärbung an Mäusen meistens nur noch als postvitale Fär-

Digitized by Google

bung geübt; viele Granula kann man mit modifizierten Methoden auch an Gefrierschnitten nachweisen, z. B. die der Mastzellen. Zu einer weiteren, auf ein reiches Tatsachenmaterial gestützten Theorie des Sauerstoffwechsels der Gewebe konnte es die vitale Injektion bei Metazoen und Immersion bei Protozoen schon deswegen nicht bringen, weil gerade das wichtigste Zellelement, der Kern, dieser Methode gegenüber gänzlich versagte. Die Hoffnung von Ehrlich, daß man im Gegensatz zu den anatomischen, am toten Tier gewonnenen Tatsachen die biologischen Eigenschaften der lebenden Zellen in der Weise erkennen könne, daß „man die normalen Gewebe mitten auf der Höhe ihrer Funktion tingiert, d. h. den Färbeakt in den Organismus selbst verlegt" — diese Hoffnung ist nicht in Erfüllung gegangen. Einer der hervorragendsten neueren Forscher auf diesem Gebiete, Fischel, sieht sich zu der resignierten Bemerkung veranlaßt, daß uns ein sicheres Kriterium zur Bestimmung des Lebens der vital zu färbenden Elemente fehlt[1]) und schlägt daher vor, in Zukunft nur praktisch das als Vitalfärbung zu bezeichnen, was vom Tier vollkommen gut vertragen wird und die Veränderungen der lebendigen Zellen bei der Teilung und Zeugung überdauert, ohne die Zelle zu schädigen. Damit sind die vital sich färbenden Elemente und Strukturen allerdings auf bloße topographisch und vielleicht genealogisch wertvolle Indizes herabgedrückt, aus deren Vitalfärbung selbst uns nicht die erhoffte wesentliche Förderung der Zellbiologie erwächst. Gegenüber den hochgespannten Erwartungen, mit denen die Vitalfärbung von vielen Forschern seinerzeit begrüßt wurde, hat sich neuerdings mit Recht eine nüchternere Auffassung geltend gemacht, welche, ohne ihr Verdienst für manche bestimmte Fragen zu leugnen, sie doch im allgemeinen zu den ersetzbaren und zum Teil überwundenen Methoden rechnet. Selbst wenn es gelänge, wozu nicht viel Aussicht vorhanden ist, mittels der Vitalfärbung noch einmal einen solchen Fund zu machen, wie er Ehrlich mit der Nervenfärbung gelang, würde man doch wohl nicht mehr erreichen als mit jener, d. h. man würde eine Reihe bekannter und neuer anatomischer Tatsachen feststellen, aber in deren biologischer Verwertung kaum weiterkommen. Denn die einfache Färbung histologischer Strukturen, sie mag nun intravital, postvital oder erst an fixiertem, totem Material gewonnen sein, vermag uns immer nur über die einfache Existenz des Gebildes Aufschluß zu geben. Eine physiologische Bedeutung gewinnen solche Befunde nur, wenn die Farbchemie einen Schluß auf die Chemie der

[1]) Als noch am meisten charakteristisch für das Leben der Zelle werden schließlich von Fischel ganz allgemein zwei Symptome hingestellt: die Färbungsmöglichkeit der Granula und die Unfärbbarkeit der Kerne. Die eine schließt die andere aus. Fischel bemerkt dazu sehr richtig, das zwischen Kern und Granulum ein tiefgehender chemischer Unterschied bestehen müsse, und zwar ein solcher, welcher sich im Augenblicke des Todes geradezu umkehrt. Der lebende Kern färbt sich so wenig wie das tote Granulum. Er war offenbar mit diesem Satze dem Geheimnis des Wesens der Vitalfärbung ziemlich nahegekommen, ohne die so naheliegende endliche Schlußfolgerung zu ziehen. Da dieser Umschlag im Moment des Todes, tinktoriell nachweisbar, sehr rasch und durch einfachste Mittel, wie bloße Erwärmung, erfolgt, so kann er nur in einer Umkehr des Sauerstoffgehalts von Kern einerseits und Granulum andererseits bestehen. Es muß also zwischen Kern und Granulum eine feste Sauerstoffbeziehung vorhanden sein.

Digitized by Google

auf solche Weise gefärbten Gewebselemente zuläßt und besonders dann, wenn unter wechselnden physiologischen Verhältnissen auch die Farbenauslese der Gewebe parallele Schwankungen erkennen läßt, welche eindeutige Schlüsse zulassen. Solche Färbungen haben wir neuerdings kennen gelernt, wie beispielsweise die Rongalitweißmethode und die Färbung mit Neutralviolett extra, die bereits in großem Umfange über den Sauerstoffgehalt und den Sauerstoffwechsel der Gewebe Auskunft zu geben vermögen.

Das Charakteristische dieser neuen Methoden ist, daß sie nicht strikte in EHRLICHS Sinne Vitalfärbungen sind und sein wollen. Sie benutzen zielbewußt einerseits die Zeitspanne vom Tode des Individuums bis zum Tode der Gewebe, welche nach meinen diesbezüglichen Untersuchungen an der Niere der Ratte sich bis zum vierten Tage nach dem Tode des Individuums erstrecken kann, zur Postvitalfärbung von Gefrierschnitten, andererseits vergleichsweise die mit demselben Farbstoffe erzielten, gewöhnlichen Färbungen an totem, alkoholfixiertem und zelloidiniertem Schnittmaterial. Natürlich sind nur solche Färbungen hierfür geeignet, welche in feiner Weise auf das postvitale Material charakteristisch und anders reagieren als auf das tote. So färbt das Rongalitweiß die Sauerstofforte nach dem Gewebstode nicht oder anders als postvital, das Neutralviolett extra alle Strukturen postmortal in einer violetten Mischfarbe, postvital in charakteristischen Kontrasten: rot und blau.

Diese verschiedenen Einstellungen bestimmter Farben und Farbenkomplexe auf den Unterschied zwischen totem und überlebendem Material hat EHRLICH gar nicht versucht. Und doch liegt gerade in der tinktoriellen Ausarbeitung dieser Differenz bis jetzt die einzige Möglichkeit, Genaueres über die Schwelle zwischen Tod und Leben auszusagen. Auf diesen wichtigen Unterschied hin sollte der unerschöpfliche Reichtum unserer künstlichen Farbstoffe von allen Biologen systematisch durchforscht werden; die bisher gemachten Anfänge sind vielversprechend genug. Auch die Art der Schlußfolgerungen ist vielgestaltig. So kann man z. B. bei Anwendung von Rongalitweiß Vergleiche zwischen der Färbung überlebenden, unfixierten und abgestorbenen, fixierten Gewebes anstellen oder auch zwischen der Färbung des frischen Gewebes mit dem reduzierten Methylenweiß der Lösung einerseits und der Färbung mittels des oxydierten Methylenweiß (= Methylenblau) andererseits. In allen Fällen ist diese vergleichende Tot-Lebend-Färbung einfach zu handhaben, sicher in ihren Erfolgen, leicht nach dem vorliegenden Zweck zu variieren und ungemein fruchtbar und zwingend in ihren biologischen Schlußfolgerungen. Wenn nur die Hälfte der Mühe und Arbeit auf dieselbe verwandt sein wird wie auf die frühere Vitalfärbung, wird die Biologie der Gewebe über außerordentliche Fortschritte zu berichten haben.

Digitized by Google

Ein bis jetzt unbeschriebenes Symptom der Psoriasis. Ein Schlüssel zu ihrer Pathogenese.

Von

Prof. Dr. Fr. Šamberger in Prag.

(Mit 1 Abbildung.)

(Schluß.)

Dies sind meine klinischen Beobachtungen über die Psoriasis. Sie lassen sich kurz folgendermaßen zusammenfassen:

1. Die Haut der Psoriatiker reagiert auf äußere Reize, die bei normalen Menschen Hyperkeratose hervorrufen, mit Parakeratose.

2. Pathogene pyogene Keime vermögen auf der Haut der Psoriatiker nicht jene krankhaften Veränderungen hervorzurufen, die sie bei normalen Menschen hervorrufen.

3. Pyogene Mikroben erzeugen bei Nichtpsoriatikern krankhafte Veränderungen mit Vorliebe an jenen Körperstellen, wo auch die psoriatischen Effloreszenzen ihre Prädilektivstellen besitzen.

Und nun wollen wir das Wesen der psoriatischen Effloreszenz näher betrachten. Durch die Arbeiten zahlreicher Autoren, speziell aber Munros, Sabourauds und Haslunds wurde nachgewiesen, daß das histologische Bild der Psoriasis von drei Symptomen beherrscht und bestimmt wird:

1. Durch mikroskopische Abszesse in der Epidermoidalschicht, die kurz dauern und sich rasch wiederholen;

2. durch Parakeratose und durch diese bedingte Lockerung der Zellen der Hornschicht, wodurch es zur Schuppenbildung kommt;

3. durch entzündliche Dilatation der Blutgefäße des Koriums und durch seröse und zelluläre Exsudation aus denselben.

Das gegenseitige Verhältnis dieser Symptome ist noch immer Gegenstand eines dauernden Streites. Ich will diesen Streit nicht eingehend schildern und Dinge wiederholen, die einem jeden Leser, der sich nur einigermaßen für dermatologische Fragen interessiert, bekannt sind. Mein Standpunkt über die gegenseitigen Beziehungen dieser Symptome ist durch zwei Momente gegeben: zunächst durch die allgemein anerkannte Tatsache, daß die Psoriasis in ihrem Wesen eine Entzündung der Haut ist; sodann durch meine Ansicht über das Wesen der Dermatitis, eine Ansicht, die ich in einem Abschnitt meiner Studie über die entzündliche und lymphatische Hautreaktion genauer auseinander gesetzt und verteidigen gesucht habe. Diese beiden Umstände führen mich zu folgendem Urteil über die gegenseitigen Beziehungen der angeführten, die Psoriasis charakterisierenden Symptome.

Die psoriatische Entzündung entsteht, wie jede andere Entzündung, durch einen Reiz, der die Gewebszellen schädigt; hier speziell die Zellen des

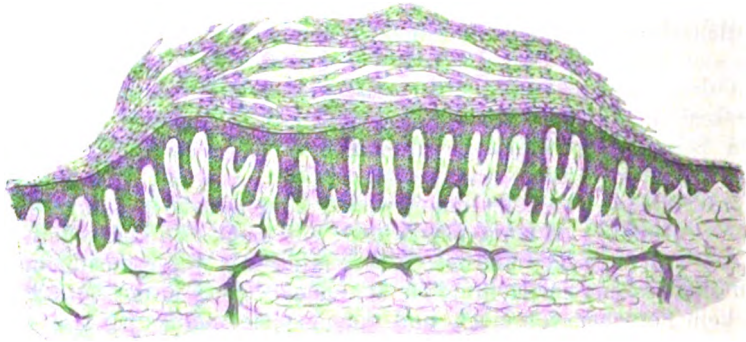
Digitized by Google

epithelialen Anteils der Haut. Munro und Sabouraud wiesen eine kleine Erosion in der Hornschicht im Beginne des krankhaften psoriatischen Prozesses nach. Das Wesen des Reizes besteht entweder in pathogenen Keimen oder in irgend einem anderen Moment. Das Hautgewebe reagiert auf denselben mit entzündlicher Reaktion. Diese ist stets an die Blutgefäße gebunden, in unserem Falle also an das Korium. Es entsteht sofort eine Dilatation der Blutgefäße und eine nach der lädierten Stelle, also in der Richtung zur Epidermis dirigierte entzündliche, seröse und zelluläre Exsudation. Daher kommt es zu Ödem der epithelialen Schichten und zur Wanderung leukozytärer Elemente durch die epithelialen Schichten bis unter die Hornschicht, wo sie auf einen unüberwindlichen Widerstand stoßen. Die Leukozyten häufen sich daher unter dieser Schicht an: es entstehen miliare, mikroskopische Abszesse. Die Hornschicht antwortet darauf sofort mit Parakeratose, die nunmehr das Krankheitsbild beherrscht, so daß das makroskopische Aussehen der psoriatischen Effloreszenz nur durch zwei Komponenten gegeben ist: durch die entzündlichen Veränderungen im Korium und durch die aus der Parakeratose hervorgehenden silberglänzenden Schuppen der sich spaltenden Hornschicht. Jedem Leser dürfte sich sofort die Frage aufdrängen, warum dies so geschieht? Warum es bei dem ganzen Krankheitsprozeß bei den mikroskopischen, miliaren Abszessen in der epithelialen Schicht bleibt? Warum diese Abszesse, die im Beginne des krankhaften Prozesses das histologische Bild beherrschen, in ihrer Entwicklung stehen bleiben, obwohl, wie alle Autoren übereinstimmend angeben, immer wieder neue auftreten, um rasch wieder zu verschwinden? Warum persistieren sie nicht und vergrößern sie sich nicht so, um auch im mikroskopischen Bild der vorgeschrittenen krankhaften Effloreszenz zur Geltung zu kommen? Diese Frage hat sich bisher noch kein Forscher vorgelegt, und doch ist sie meiner Ansicht nach von erstklassiger Bedeutung. Die Psoriasis ist in ihren allerersten Anfängen eine eitrige Dermatitis. Warum tritt dieser Charakter im Laufe der weiteren Entwicklung der Effloreszenzen in den Hintergrund, warum sehen wir an der entwickelten psoriatischen Effloreszenz wenigstens makroskopisch keine Spur einer eitrigen Entzündung?

Diese wichtige Frage werden wir am besten dann beantworten, wenn wir uns vergegenwärtigen, was unbedingt notwendig ist, damit aus den miliaren Abszessen ein makroskopischer Abszeß entstehe. Und da genügt ein einziger Blick auf das Bild der entwickelten Pustel der Impetigo Bockhardt, um zu einer richtigen Ansicht zu kommen. Mag welche Kraft immer die leukozytären Elemente an jene Stelle bringen, wo sie sich anhäufen und der Abszeß sich zu bilden beginnt, mag dies die das Gewebe lädierende und reizende Schädlichkeit sein, die sie anzieht, wie die Mehrzahl der Autoren sich vorstellt, oder mag dies der Wille des Gewebes selbst sein, das im Kampfe mit der Schädlichkeit jene Elemente nach der betreffenden Stelle aktiv entsendet und dirigiert, wie ich mir vorstelle, stets müssen diese Elemente, wenn es zu einer größeren Anhäufung derselben an der bestimmten Stelle kommen soll, auf ihrem Wege auf einen Widerstand stoßen, der sie am weiteren Vordringen hindert und sie zwingt, sich auf der Stelle anzusammeln. Betrachten wir also einen

Digitized by Google

Schnitt durch eine Pustel von Impetigo Bockhart, sehen wir ganz deutlich, wie der sich ansammelnde eitrige Inhalt derselben die über ihm befindliche zusammenhängende Hornschicht gewaltsam abhebt. Zerreißen wir die Decke und sofort hört das weitere Wachstum der Impetigopustel auf. Der krankhafte Prozeß verliert mit einem Schlag sein ursprüngliches Aussehen. Besitzt er noch genügend Kraft, dann breitet er sich nach der Umgebung aus, beginnt die Hornschicht der benachbarten Partie emporzuheben und es hängt dann immer von dem Widerstand, den diese Schicht dem sich unter ihr ansammelnden leukozytären und serösen Exsudat entgegenzusetzen vermag, ab, welchen klinischen Charakter die Krankheit annimmt. Ein analoges Beispiel finden wir beim Pemphigus. So lange die Hornschicht bei dieser Affektion intakt ist, entstehen auf der kranken Haut Blasen, die dadurch entstehen, daß die im Übermaß sezernierte Lymphe diese Schicht abhebt und, da sie in dieser auf Widerstand gegen das weitere Vordringen stößt, sich unterhalb derselben in



Form einer Blase ansammelt. Das findet so lange statt, als die Hypersekretion der Lymphe anfallsweise auftritt und die Lymphe auf eine Hornschicht von intakter Kohärenz stößt. Sobald aber die ganze Epidermis infolge permanent gesteigerter Sekretion der Lymphe mit dieser durchtränkt ist und infolge dieser Durchtränkung die Kohärenz der Hornschicht gelitten hat, hört die Blasenbildung auf. Die lymphatische Flüssigkeit findet keinen Widersand mehr, sie dringt durch die erweichte Hornschicht an die Oberfläche und es resultieren daraus erweichte, nässende Stellen der Hautoberfläche: das Bild des chronischen Pemphigus exfoliativus. Wie man sieht, ist also die Resistenz der Hornschicht, wenigstens der normalen, die Hauptbedingung für die Entstehung der pustulösen und eitrigen Effloreszenzen auf der Haut. Gewiß ist es außerdem noch notwendig, daß auch die Zellen der übrigen Epidermis ihre normale Resistenz und Vitalität behalten, um sich gegen das andrängende und sie komprimierende Exsudat zu wahren. Kurz gesagt: wenn sich die Höhle des miliaren Abszeß vergrößern und in einen makroskopisch sichtbaren Abszeß verwandeln soll, ist es notwendig, daß sie von allen Seiten von einem Gewebe mit normaler, ungeschwächter Vitalität umgeben sei, denn nur ein solches Gewebe kann dem vordringenden Exsudat jenen Wider-

Digitized by Google

stand entgegensetzen, der notwendig ist, damit sich das Exsudat in größerer Menge an einer begrenzten Stelle ansammle.

Und was sehen wir bei den psoriatischen Effloreszenzen? In den ersten Anfängen derselben, also zu jener Zeit, da wir konstatieren können, daß sich in ihnen mikroskopische miliare Abszesse bilden, sehen wir, daß jetzt schon eine Störung in der Verhornung der epidermoidalen Zellen der erkrankten Stelle eintritt. Wir sehen, daß es zur Parakeratose kommt, also nicht zur normalen Verhornung, sondern zu einer der Verhornung analogen Degeneration der epidermoidalen Zellen, infolge deren die Hornzellen den gegenseitigen Zusammenhang verlieren, und daß sich infolgedessen diese Schicht in zahlreiche untereinander gelockerte Lamellen spaltet. Sehr schön bildet diesen Zustand Darier[1]) in seinem Lehrbuch ab, weshalb ich hier eine Reproduktion dieses Bildes gebe, damit dem Leser die durch diesen Prozeß in der Hornschicht entstandenen Verhältnisse recht klar werden.

Wer das Bild Dariers nur oberflächlich betrachtet, kann sich wohl kaum vorstellen, daß die in der beschriebenen Art veränderte Hornschicht dem wachsenden Druck des sich unterhalb derselben ansammelnden entzündlichen Exsudats einen derartigen Widerstand entgegensetzen könnte, daß derselbe genügt, um die Entwicklung des Exsudats zur Größe eines makroskopischen Abszesses, also zur Größe einer impetiginösen Pustel zu verhindern. Zwischen den sich immer wieder neu bildenden Schuppen der Hornschicht muß sich jeder neugebildete miliare Abszeß der epidermoidalen Schicht verlieren, zwischen diese Schuppen muß sich jeder neugebildete Abszeß ergießen, zwischen ihnen muß er sein Grab finden. Jede neue Spaltbildung der Hornschicht über dem miliaren Abszeß, der sich unter ihr entwickelt hat, ist analog der künstlichen Spaltung der Abszeßhöhle, wodurch das weitere Wachstum eines Abszesses bekanntlich am sichersten verhütet wird.

In der Parakeratose ist demnach die einzige und eigentliche Ursache dafür zu erblicken, daß die psoriatische, in ihrem Wesen eitrige Dermatitis, sich nicht derart entwickeln kann, daß ihr mikroskopischer Charakter auch im makroskopischen Aussehen der pathologischen Effloreszenz zur Geltung komme. Und da die Parakeratose in den gewöhnlichen Fällen der Psoriasis in so hohem Grade entwickelt ist, daß sie sowohl das makroskopische, als auch das mikroskopische Bild der Effloreszenzen beherrscht, werden wir begreifen, daß sie den eitrigen Charakter des krankhaften Prozesses zu unterdrücken und im Rahmen des mikroskopischen Bildes zu halten vermag und ihm nicht eine solche Intensität und Ausdehnung gestattet, daß er auch im makroskopischen Aussehen zur Geltung komme.

Die Parakeratose also bestimmt aus dem geschilderten Grunde Charakter und Aussehen der psoriatischen Effloreszenzen, sie verleiht dem klinischen Bilde dieser Effloreszenzen ihren eigentümlichen Charakter, sie ist die wahre Ursache des eigentümlichen Aussehens der Psoriasis. Deshalb hat Darier vollkommen Recht, wenn er sagt: „La lésion principale du

[1]) Darier, Précis de dermatologie, 1909.

Digitized by Google

psoriasis est la parakératose". Und da stehen wir nun vor der richtigen Bewertung dieser Erscheinung. Ich will hier noch zwei Zitate anführen, die die bisherige Ansicht illustrieren. Darier sagt: „Il semble, que dans le psoriasis lui même elle (la parakératose), ne soit que secondaire". Pinkus: „Die Parakeratose, welche konstant ist, kann wohl als eine direkte Folge der Psoriasisätiologie betrachtet werden". Diese beiden Gutachten sind das Resultat des Studiums der psoriatischen Effloreszenzen selbst, des Studiums der kranken Haut.

Wir müssen die Frage folgendermaßen stellen: Ist die Parakeratose bei der Psoriasis durch das uns bis jetzt unbekannte ätiologische Agens bedingt oder stellt sich dieses Symptom aus Ursachen ein, die im erkrankten Organismus selbst liegen? Mit anderen Worten: Existiert eine Psoriasis oder existieren Psoriatiker?

Pinkus gibt auf diese Frage eine bestimmte Antwort: die Parakeratose müsse als ein durch das uns bis jetzt noch unbekannte ätiologische Agens der Psorisasis hervorgerufenes Symptom aufgefaßt werden. Darier gibt auf die Frage eine unbestimmte Antwort, aber er erklärt die Parakeratose für ein sekundäres Symptom.

Auf Grund meiner oben angeführten klinischen Erfahrungen glaube ich, daß wir berechtigt sind, diese Kardinalfrage in bestimmter Form zu beantworten: Die Parakeratose stellt sich bei Psoriasis deswegen ein, weil die betreffenden Menschen an parakeratotischer Diathese leiden; weil ihre Haut auf einen — wie immer gearteten — äußeren Reiz mit einer Störung der Keratinisation, mit Parakeratose antwortet; weil es also keine Psoriasis gibt, sondern Psoriatiker. Also nicht darin, was die Psoriasis hervorruft, liegt die Ursache der Parakeratose, sondern darin, daß die Schädlichkeit, mag dieselbe wie immer beschaffen sein, eine Haut betroffen hat, die von der Haut der übrigen Menschen wesentlich verschieden ist, eine Haut, die sich durch eine aprioristische parakeratotische Diathese auszeichnet.

Nun gehen wir einen Schritt weiter. Vergegenwärtigen wir uns, daß die Psoriasis nach dem bis jetzt gesagten in ihrem Wesen eine eitrige Hautentzündung ist, deren vollständige Entwicklung aus mikroskopischen miliaren Abszessen an klinisch sichtbaren Pusteln die parakeratotische Diathese der Haut der Kranken verhindert. Diese Diathese ist der Grund dafür, daß die miliaren Abszesse bald geöffnet werden, ihr Inhalt mit den Schuppen dauernd entfernt wird und damit begreiflicherweise auch die Schädlichkeit, die zu ihrer Entwicklung den Anstoß gegeben hat. Damit wird natürlich auch die Reizwirkung dieser Schädlichkeit auf das Hautgewebe paralysiert und abgeschwächt, so daß dieses auf die Schädigung nicht mit den Symptomen der akuten Entzündung reagiert, sondern nur mit einer chronischen Entzündung. Darin erblicke ich den Hauptgrund für die Tatsache, daß die vulgäre Psoriasis auf der Haut durch chronisch entzündliche Effloreszenzen in die Erscheinung tritt. Die parakeratotische Diathese muß, wie jede andere, nicht in einem jeden Falle in gleichem Grade entwickelt sein. Es gibt Psoriatiker, die nur eine unbedeutende Diathese besitzen, was aber sofort einen wesentlichen Einfluß auf das

Digitized by Google

Aussehen der Effloreszenzen haben muß. Beweise hierfür gibt es in der Literatur eine ganze Reihe. So macht schon Haslund selbst in seiner Arbeit darauf aufmerksam, daß die miliaren Abszesse nicht immer so klein und nur unter der Hornschicht gelagert bleiben müssen, wie Munro behauptet, sondern daß sie bedeutend größer werden und sehr tief in die epitheliale Schicht reichen können. Wir wissen, daß es eine Art Psoriasis gibt, die als Psoriasis ostracoides bekannt ist. Bei dieser ist schon das mikroskopische Aussehen der Schuppen ein auffallendes. Sie sind nicht mehr so dünn und silberglänzend, sondern liegen einer — durch Entzündung im Korium entstandenen — sehr tiefen und mächtigen Papel als derbe gelbgrüngräuliche, dicke, eher den aus eingetrocknetem Eiter entstandenen Borken als schuppenähnliche Gebilde auf. Und wir wissen ferner, daß — allerdings in Ausnahmefällen — bei der Psoriasis statt der gewohnten schuppenden Effloreszenzen auch rein eitrige Effloreszenzen, typische Pusteln, vorkommen können. Zwei sehr schöne Fälle dieser Art hat Zumbusch[1]) beschrieben. Dabei ist es ungeheuer interessant, daß die Eruption dieser eitrigen Effloreszenzen mit schweren Allgemeinerscheinungen einherging, die rasch verschwanden, sobald die Psoriasis diesen Ausnahmscharakter der Effloreszenzen verlor und sie in gewöhnliche Effloreszenzen überging, nach unserer Erklärung dann, als die eintretende Parakeratose mithalf, die eitrigen Effloreszenzen von der Haut und damit auch viel von der Krankheitsursache zu beseitigen. Die angeführten Beispiele demonstrieren, wie sich das Aussehen der psoriatischen Effloreszenzen ändern kann, wenn sich die parakeratotische Diathese abschwächt oder auf Null herabsinkt. Aber auch eine Änderung derselben im entgegengesetzten Sinne bleibt nicht ohne Einfluß auf das Aussehen der Effloreszenzen. Es ist klar, daß, je mehr diese Diathese entwickelt ist, je geringer die Kohärenz der Zellen der Hornschicht infolgedessen ist, desto stärker und schneller auch die Schuppenbildung sein wird. Es bilden sich um so mehr und um so feinere Schuppen. Dadurch werden aber auch die miliaren Abszesse um so rascher verschwinden, wodurch wiederum die Krankheitsursache um so rascher und ausgiebiger aus der Haut entfernt wird. Um so weniger Zeit bleibt ihr zur Entwicklung ihrer reizenden Fähigkeiten zur Verfügung. Begreiflicherweise ist infolgedessen auch die Reaktion der Haut eine um so bescheidenere und oberflächlichere, so daß sich die Entzündung dann nur auf die oberflächlichsten Hautschichten beschränken und den Charakter des oberflächlichen Katarrhs annehmen und sich durch sein klinisches Aussehen dem chronischen Ekzem nähern kann. Aus der Psoriasis kann dann ein psoriasiformes Ekzem, ja sogar ein ganz typisches Ekzem entstehen. Und daß auch an solchen Fällen weder in der Praxis, noch in der Literatur ein Mangel besteht, braucht wohl nicht erst besonders hervorgehoben zu werden.

Sobald wir sagen können, daß die Psoriasis in ihrem Wesen eigentlich eine eitrige Hautentzündung ist, ist es klar, daß wir uns damit der Lösung der Frage und der Erkenntnis der eigentlichen Ursache der Psoriasis sehr genähert haben. Dabei dürfen wir aber nicht vergessen, daß die Psoriasis ihrem Wesen nach gleichzeitig auch

[1]) Zumbusch, Psoriasis und pustulöses Exanthem. Arch. f. Derm., 1910, Bd. 99.

Digitized by Google

eine Erkrankung der Epidermis ist. Demnach verursacht alles, was von außen in die Haut eindringen kann und bei einem normalen Menschen eine eitrige Entzündung zur Folge hat, bei Menschen mit parakeratotischer Diathese die Entstehung psoriatischer Effloreszenzen. Die häufigste Schädlichkeit dieser Art ist bekanntlich der Streptococcus und Staphylococcus pyogenes. Nun können wir uns auch leicht und natürlich die Tatsache erklären, daß wir mit diesen pathogenen Keimen bei den psoriatischen Effloreszenzen so häufig zusammenkommen. Daß aber diese Keime nicht die einzigen sein müssen, die in die Epidermis eindringen und hier ihre reizende und das Gewebe schädigende Tätigkeit entwickeln können, versteht sich von selbst. Wir werden uns also nicht wundern, daß verschiedene Autoren Mikroorganismen der verschiedensten Art als Erreger der Psoriasis beschrieben haben. Warum sollten nicht manchmal Unnas Morokokken oder Royas[1]) Schimmelpilz Erreger der Psoriasis sein?

Jedem, den unsere Ausführungen stutzig gemacht haben, wird es nun einleuchten, warum es bis jetzt niemandem gelungen ist, seine Mikroben experimentell als die wahre Ursache der Psoriasis zu beglauben. Impfte ein Autor mit denselben einen Psoriatiker, mußte er notwendigerweise eine psoriatische Effloreszenz erhalten; impfte er aber mit denselben einen anderen Menschen, konnte er bei diesem die Psoriasis nicht hervorrufen. Denn nicht der gefundene pathogene Keim ist die Ursache des Aussehens der Effloreszenz, sondern die eigentümliche Beschaffenheit der Haut des mit Psoriasis behafteten Menschen: seine parakeratotische Diathese.

Und nun werden wir uns auch die Tatsache leicht erklären können, daß die Haut des Psoriatikers gegen andere Hautkrankheiten immun ist. Ich habe sofort, als ich über dieses Faktum weiter oben sprach, gesagt, daß wir diese Immunität nicht auf alle Hautkrankheiten beziehen dürfen, sondern nur auf jene, die durch äußere Reize auf die Haut entstehen, ganz speziell auf jene, die durch von außen in die Epidermis eingedrungene pyogene Mikroben hervorgerufen werden. Ist die Haut der Psoriatiker gegen diese Krankheiten im wahren Sinne des Wortes immun? Absolut nicht. Auch auf ihr können die genannten Keime haften bleiben und können sie infizieren; aber wenn sie sie infizieren, vermögen sie auf ihr nicht jene Effloreszenzen zu erzeugen, die sie auf der Haut normaler Menschen hervorrufen. Vielmehr können sie auf ihr wegen der parakeratotischen Diathese keine pustulösen Effloreszenzen hervorrufen, sondern ausschließlich nur psoriatische und keine anderen Effloreszenzen. Die Psoriasis ist also in diesen Fällen eigentlich nur eine variierte Impetigo. Ein sehr schönes Beispiel für das eben Gesagte sah ich vor kurzem in meiner Privatpraxis. Es wurde mir ein siebenjähriger, sonst ganz gesunder Knabe mit typischer Psoriasis des Körpers zugeführt. Der Ausschlag hatte bei dem Kinde heuer im Frühjahr begonnen, und zwar an den Ellbogen. Vordem hatte der Knabe nie an einer Hautkrankheit gelitten. Gleichzeitig mit ihm, fast an demselben Tage — so sagt der Vater — erkrankte seine jüngere Schwester an — Impetigo.

[1]) Le Roya, New York m. J., 1908.

Digitized by Google

Wohl aus demselben Grunde sahen wir auch nie einen Psoriatiker mit Krätze. Die unterhalb der Hornschicht lebende Krätzmilbe ruft eine Reizung der epidermoidalen Schichten hervor, die von einer entzündlichen Exsudation aus den Papillargefäßen und von Parakeratose der Hornschicht gefolgt ist. Die Hornschicht beginnt sich zu spalten und die Schuppen enthalten nicht bloß die Produkte der Entzündung, sondern auch deren Ursache: die Krätzmilbe. Diese kann sich daher in der Haut nicht behaupten und kann auch keine typische Hautkrankheit erzeugen. Wenn es sich bei den gewöhnlichen Fällen von Psoriasis nicht um eine Infektion der Haut durch Millionen pathogener Keime handelte, von denen auch nach der Elimination durch die psoriatischen Schuppen immer noch hinreichende Mengen in der Haut zurückbleiben, die immer wieder neue miliare Abszesse in derselben erzeugen können, dann wäre die Psoriasis der Therapie nicht so unumgänglich, ganz abgesehen davon, daß die Spaltung der Hornschicht das Eindringen der Keime in die Umgebung erleichtert und auf diese Weise in nicht geringem Grade zur Hartnäckigkeit dieser Krankheit gegen unsere therapeutischen Maßnahmen beiträgt. Allerdings trägt sie auch zur Ausbreitung der psoriatischen Effloreszenzen in die Umgebung bei und bedingt daher gleichzeitig auch ihr typisches zentrifugales Wachstum. Nun verstehen wir auch, warum Unna so eindringlich rät, man solle die Psoriatiker nicht früher zu behandeln aufhören, als bis der letzte Herd der Krankheit niedergekämpft und beseitigt ist. In der kleinsten unausgeheilten psoriatischen Effloreszenz bleibt auf der Haut des Kranken eine Brutstätte zurück, von der aus sich die pathogenen Keime weiter ausbreiten und immer wieder neue psoriatische Effloreszenzen hervorrufen können. Nun werden wir auch verstehen, warum wir bei der Psoriasis dieselben Prädilektionsstellen finden, wie bei den pyogenen Hautaffektionen. Es sind dies Stellen, wo infolge beständiger Reibung der Kleider und noch durch andere traumatische Momente die pathogenen Eiterkeime zahlreiche Risse in der Hornschicht vorfinden, durch die sie in die Haut eingeimpft werden können.

Eitrige Hautentzündungen müssen bekanntlich nicht einzig und allein durch pathogene Keime hervorgerufen sein. Es gibt noch eine ganze Reihe anderer Schädlichkeiten — amikrobielle, toxische —, die, wenn sie in die Epidermis eindringen, eine eitrige Hautentzündung hervorrufen können. Um nur ein Beispiel anzuführen, will ich daran erinnern, daß unreine Vaseline bei Fabrikarbeiterinnen ziemlich häufig eine eitrige, zumeist follikuläre Dermatitis erzeugt. Käme mit diesen Schädlichkeiten ein Mensch mit parakeratotischer Diathese in Berührung, entstünden auf seiner Haut statt der eitrigen Efflöreszenzen psoriatische. Daher können ohne Zweifel manchmal auch Fälle von steriler, von allen pathogenen Keimen freier Psoriasis vorkommen. Daher können wir auch auf der Haut eines an Psoriasis leidenden Menschen mit jedem beliebigen toxischen oder anderem dauernden Reiz an jeder beliebigen Stelle psoriatische Effloreszenzen erzeugen. Sehr gut bekannt sind Experimente, bei denen es gelang, durch ein reizendes Pflaster überall dort, wo das Pflaster angelegt wurde, psoriatische Effloreszenzen hervorzurufen.

Ich komme zum Schluß: **Die Psoriasis ist meiner Ansicht nach eine eitrige Dermatitis, die durch einen beliebigen, die Epidermis**

Digitized by Google

schädigenden und irritierenden Reiz bei einem Menschen mit parakeratotischer Diathese hervorgerufen werden kann, die einzig und allein die Ursache dessen ist, daß auf der kranken Haut nicht die banalen eitrigen, sondern die typischen psoriatischen Effloreszenzen entstehen. Ihre häufigste Ursache sind die gewöhnlichen pathogenen Keime, die Staphylo- und Streptokokken, in Ausnahmefällen aber auch andere Keime und sogar auch chemische Reize. Daraus geht auch hervor, warum diese Erkrankung so häufig vorkommt.

Von der ganzen bis jetzt absolut rätselhaften Frage nach dem Wesen der Psoriasis erübrigt sich, wie aus meiner Arbeit hervorgeht, nur noch die Lösung der Frage der parakeratotischen Diathese. Wodurch ist diese bedingt? Auch in dieser Frage besitzen wir bereits eine Reihe fixer Punkte, durch die der Weg zu ihrer richtigen Lösung ausgesteckt ist. Wir wissen vor allem bestimmt, daß die Diathese angeboren sein kann. Die Psoriasis findet sich als familiäre Erkrankung in Generationen bestimmter Familien. Aber nicht minder sicher ist es auch, daß diese Diathese auch erworben sein kann. Wodurch und auf welche Weise? Wir wissen, daß das Wesen der parakeratotischen Diathese darin besteht, daß die Epidermis auf Reize mit einer ungenügenden Verhornung der epidermoidalen Zellen antwortet. Die Keratinisation der epidermoidalen Zellen ist der Ausdruck ihrer normalen Vitalität. Vermindert sich die Fähigkeit, dann ist es klar, daß dies deswegen geschah, weil die Vitalität der betreffenden Zellen abgenommen hat. Und da haben wir den Schlüssel auch zu diesem Rätsel. **Die parakeratotische Diathese ist nämlich eine Dyskrasie der zur Keratinisation bestimmten epithelialen Zellen.**

Die Vitalität der Körpergewebe überhaupt hängt bekanntlich vor allem von der normalen Funktion des Nervensystems ab. Wir kennen schon bis jetzt eine ganze Reihe sogenannter trophoneurotischer Störungen. Sodann wissen wir, daß der Tonus der Körpergewebe — ihre Vitalität — von der normalen Sekretion der sogenannten Drüsen mit innerer Sekretion abhängt. Schließlich wissen wir, daß Störungen im Chemismus des Stoffwechsels der Nährsubstanzen sich in der Vitalität der Körpergewebe geltend machen können. Und wenn wir die Psoriasisliteratur durchgehen, finden wir Aufzeichnungen, welche dafür sprechen, daß die Dyskrasie der zur Keratinisation bestimmten Epithelzellen, also die parakeratotische Diathese als letzte Ursache der psoriatischen Effloreszenzen auf der Haut tatsächlich durch alle eben angeführten Ursachen hervorgerufen werden kann. Wir finden mehr als genügend Arbeiten, die die Abhängigkeit der Psoriasis von Nervenstörungen beweisen. Wir wissen, daß Nagelschmidt[1]) in einem sezierten Fall von Psoriasis pathologische Veränderungen im Pankreas fand und daß er in mehreren anderen Fällen gewisse therapeutische Erfolge mit Pankreatin erzielen konnte. Oder daß Sommer[2]) das Ehrmannsche Symptom der Psoriasis (Reaktion der Froschkornea auf das Serum der Psoriatiker) durch schlechte Qualität der Adrenalinsubstanzen im Blutserum der Psoriatiker erklärt. Wir wissen auch, daß sich eine Reihe von Autoren gezwungen sah, in der Psoriasis eine autotoxische Dermatose zu erblicken.

[1]) Nagelschmidt, Psoriasis und Pankreas. B. kl. W., 1908, H. 1. — [2]) Sommer, Das Ehrmannsche Froschaugenphänomen usw. B. kl. W., 1913.

Digitized by Google

Wir wissen, daß es GROSZ gelang, in der Haut der Psoriatiker Retention von Kochsalz nachzuweisen und daß BOESL[1]) durch diesen Befund die Tatsache erklärt, daß die Psoriasis so auffallend häufig in Gegenden auftritt, wo die Menschen viel Käse genießen. Wir wissen, daß GAUCHER[2]) die Ursache der Psoriasis in der Retention von Purinsubstanzen erblickt. Schließlich könnte auch HYDE[3]) recht haben, welcher meint, daß die Psoriasis manchmal infolge Absperrung der Haut durch die Kleider vor dem Sonnenlicht entsteht, denn man kann nicht a priori die Vermutung ablehnen, daß das Sonnenlicht auf die Vitalität der epidermoidalen Zellen einen so großen Einfluß besitzt, daß es durch seine Eliminierung nicht zu einer Läsion der Vitalität dieser Zellen und daher auch nicht zur parakeratotischen Diathese kommen könnte.

Durch diese Beispiele ist aber der in der Literatur angehäufte Stoff nicht erschöpft. Ich habe eben nur einige Beispiele anführen wollen. Alle diese Beobachtungen, die in der Psoriasisliteratur bis jetzt den Eindruck eines fertigen Chaos gemacht haben, gewinnen durch meine Arbeit ihre Berechtigung und Bestätigung und werden zu beredten Beweisen für unsere neue Ansicht über das Wesen der Psoriasis.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1918, H. 1 u. 2.

Saure Bäder, von V. KLINGMÜLLER-Kiel. Der Verf. empfiehlt Verbände und Bäder mit Essigsäurelösungen 1:6—2000; am besten schwächer beginnend und dann langsam zu stärkerer Lösung aufsteigend. Die Behandlung wird besonders verwendet für akute Dermatitiden, Ekzemen, Dermatitis herpetiformis und Psoriasis. Verf. stellte auch einen sauren Teer (Balnacid) her, welcher in Quanten von 100—200 ccm dem Vollbade zugesetzt wird. Hervorgehoben wird die juckhindernde Wirkung.

Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Berlin, von A. BLASCHKO. Auf Grund der zahlreichen statistischen Berechnungen ergibt sich, daß der Prozentsatz für Lues etwa 40, der für Blennorrhoe etwa 150—160 beträgt. Der Verf. weist auf die zahlreichen Schwierigkeiten und Mängel aller derartiger Zählungen hin und schlägt bestimmte Maßnahmen vor, welche in Zukunft zu genaueren Resultaten führen können.

Über medizinische Tonwaschmittel und fettlose Salbengrundlagen, von JULIUS HELLER-Charlottenburg. Verwendet wurden 10%ige Salizyl, 20%ige Teer und 15% Teer + 6% Salizyl enthaltende Tonwaschmittel. Die Applikation geschah mittels Aufschwemmung der Mittel in Wasser und Eintrocknenlassen derselben auf der Haut. Weiterhin wurden Präparate verwendet, welche aus anorganischen Pudern (Zinkoxyd, Talkum) und Pflanzenschleim bestanden.

Über eine pulmonale Form der Neosalvarsanintoxikation, von SVEND LOMHOLT-Kopenhagen. Die Patientin hatte zunächst eine Inunktionskur von 48 Einreibungen durchgemacht. Vier Wochen später bekam sie Neosalvarsan intravenös 0,45, acht Tage später desgleichen 0,6, wiederum in acht Tagen 0,75 und schließlich nach weiteren sechs Tagen 0,9. Am folgenden Tage allgemeine Vergiftungserscheinungen, am sechsten Tage ein Erythem. Exitus drei Wochen nach der Injektion durch toxische Pneumonie.

1918, H. 3.

Beitrag zur Klinik und Histopathologie des Epithelioms der Talgdrüsen, von B. SPIETHOFF-Jena. Die zwei Fälle zeichnen sich durch gruppiertes Auftreten

[1]) BOESL, Beitrag zur Ätiologie der Psoriasis. W. kl. Rdsch., 1906. — [2]) GAUCHER, Aetiologie et les symptomes de psoriasis. Gaz. des Hop., 1912. — [3]) HYDE, Brit. med. Association, 1906.

Digitized by Google

kleiner Geschwülste aus. Histologisch wird auf Einzelheiten Rücksicht genommen, welche sich auf die Abstammung der Geschwulst, das Verhalten des elastischen Gewebes, die Infiltrierung des Bindegewebes, Entartung, Rückbildung des Geschwulstparenchyms, Herkunft und Aufgabe des Pigmentes beziehen.

Lues papulosa vesicae, von E. Hesse-Düsseldorf. Es handelt sich um einen zystoskopischen Befund von braunroten im Blasengrund sitzenden kreisrunden, teils etwas ulzerierten Papeln, die stellenweise bandförmig angeordnet sind.

Zur Pathogenese der idiopathischen Hautatrophie, von H. Burkhard-Danzig. Auf Grund eigener Beobachtungen und Berücksichtigung der einschlägigen Fälle in der Literatur, vertritt der Verf. den Standpunkt, daß die sogenannte idiopathische Hautatrophie neurogener Natur sei.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Hat die „moderne" Syphilistherapie die Zahl der Syphilisfälle reduziert? von Dreuw. (Allg. m. Zztg., 1916, Nr. 47.) Aus dem Material der Berliner Sittenpolizei hat D. festgestellt, daß in den Jahren 1910, 1912 und 1913 die Anzahl der Rezidive ungefähr dieselbe blieb. In diesen Jahren wurde mit Hg allein (1910) oder in der Hauptsache mit Hg und Salvarsan behandelt (1912 und 1913). Im Jahre 1911 nun, wo fast nur Salvarsan angewandt worden ist, stieg die Anzahl, d. h. sie betrug 99 mehr als bei reiner Hg-Behandlung. (Dreuw giebt für das Jahr 1911 aber nicht die absolute Zahl der Prostituierten an und macht ebensowenig genaue Angaben über die Krankenhausbehandlung. Der Ref.) Seit der Einführung des Salvarsans 1910 und seit dem Salvarsanoptimismus sind die Fälle von Syphilis im deutschen Heere in erschreckendem Maße gestiegen. War in den Jahren 1900—1910 eine Durchschnittsziffer von 4,29‰ der Kopfstärke zu konstatieren, so stieg diese 1910—1913 auf die Durchschnittsziffer von 5,3‰. (D. erörtert gar nicht die Frage, ob und in welchem Maße denn beim Militär in diesen Jahren das Salvarsan angewandt wurde. Im Jahre 1910, das schon gegen 1909 eine Steigerung der Syphilisfälle aufweist [4,7 : 5,1], wurde doch Salvarsan bestimmt noch nicht gebraucht. Während früher wahrscheinlich nur manifest gewordene Syphilisfälle gezählt wurden, wurden in den letzten Jahren sicherlich die Resultate der Wassermannschen Reaktion mehr berücksichtigt. Haben nicht die Geschlechtskrankheiten im ganzen, auch die Blennorrhoe, an Zahl zugenommen? Ref.) Zum Schluß seiner Arbeit bezweifelt D. den Wert der Wassermannschen Reaktion, weil die Resultate nach mehreren Statistiken (Heller, Freudenberg) verschieden ausfielen, je nach der Stelle, wo sie untersucht wurden. E. Brinitzer-Altona.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über therapeutische Erfolge mit Milchinjektionen bei lokalen Entzündungsprozessen, von Gins Reichenstein-Prag. (W. kl. W., 1918, Nr. 11.) Günstiger Einfluß bei Bubonen, blennorrhoischen Epididymitiden und Erysipelen.

H. Vörner-Leipzig.

Verschiedenes.

Dr. R. Hahn, Oberpolizeiarzt und Oberarzt der dermato-venerologischen Abteilung des Krankenhauses Hamburg-Barmbeck, erhielt den Titel Professor.

Dr. Baldomero Sommer, Professor der Dermatologie an der Universität in Buenos Aires und Präsident der Sociedad Dermatologica Argentina, ist gestorben. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tänzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

26. Oktober 1918 | Nr. 43 | Band 67

Aus der Abteilung für Röntgenuntersuchungen und Lichttherapie des k. u. k. Garnisonsspitals Nr. 2 in Wien (Kommandant: Oberstabsarzt Dr. Johann Scheidl).

Die Röntgenbehandlung der parasitären Erkrankungen des behaarten Kopfes im Kriege.

Von

Prof. Dr. Leopold Freund, k. u. k. Stabsarzt, Chefarzt der Abteilung.

Parasitären und verwandten Krankheiten der behaarten Kopfhaut (Favus, Trichophytie, Mikrosporie, Folliculitis decalvans) wandte sich, wenngleich sie kaum je bedeutendere Störungen des allgemeinen Gesundheitszustandes bewirken, doch immer die aufmerksame Beachtung der ärztlichen Kreise zu. Sie wurde beansprucht durch die ernsten Schädigungen, welche diese Krankheiten im sozialen Leben der von ihnen Befallenen zur Folge haben, durch den Abscheu und Ekel, den derartige Kopfkranke überall erwecken und ihnen Erwerb sowie Unterkunft erschweren. Es ist bekannt, daß die Vereinigten Staaten Nordamerikas zum Schutze ihrer eigenen Bevölkerung vor Ansteckung die rigoroseste Untersuchung aller mit den Schiffen Angekommener in dieser Hinsicht angeordnet haben, und jeder auf Favus verdächtigen Person unerbittlich die Erlaubnis zur Einwanderung versagen. Auch in militärischer Hinsicht wurde die Bedeutung dieser Krankheiten nicht unterschätzt. So stellte der bekannte Pariser Dermatologe Feulard 1892 fest, daß in den Jahren

1876—1880	1541	Stellungspflichtige
1881—1885	1399	„
1887—1891	964	„

wegen Teigne faveuse zum Dienste in der französischen Armee untauglich befunden wurden. Im gegenwärtigen Weltkriege treten diese Affektionen bei Soldaten in einer Häufigkeit auf, welche jene der Friedenszeiten und, soweit mir bekannt wurde, auch jene in früheren Kriegen weitaus übertrifft. Die Ursache dieser Erscheinung liegt nur zum Teile darin, daß durch die vielen Assentierungen und Musterungen zahlreiche aus den entlegensten und versteckten Winkeln des Reiches stammende Individuen in den Heeresdienst eingestellt wurden, die infolge Armut, schlechter Erziehung, geringer Intelligenz und mangelhaften Sinnes für Reinlichkeit die Pflege ihrer Haut stets vernachlässigten und seit langem an Favus, Trichophytie oder dgl. litten, wenngleich vorerst vielleicht nur in so unscheinbaren Manifestationen, daß die betreffenden Krankheitsherde bei den Assentierungen leicht übersehen werden konnten. Diese Leute erscheinen jetzt vor dem Arzte nur deshalb, weil sie ihm dienstlich zugeschickt werden; freiwillig würden sie ihn in ihrer Indifferenz wohl

Digitized by Google

kaum aufsuchen. Andere Gründe für die Vermehrung der parasitären Erkrankungen der Kopfhaut bei Angehörigen der bewaffneten Macht sind darin zu finden, daß der enge Kontakt gesunder und sonst reinlicher Menschen mit Individuen der erwähnten ersten Kategorie, der im Schützengraben, in den militärischen Ubikationen und Kantonierungen während des Krieges unvermeidlich ist, ferner die häufige Berührung mit hautkranken Tieren, die unhygienische Art, in der die Soldaten sich zu rasieren und ihre Haare schneiden zu lassen, häufig gezwungen sind, die Benützung unreiner und feuchter Wäsche usw. leicht zu Übertragungen der Krankheiten führen, deren Erreger in der durch die Kriegsverhältnisse vernachlässigten, ungepflegten, durch Schweiß und Schmutz mazerierten Haut günstige Bedingungen zur Ansiedelung und Wucherung finden. Die Umstände letzterer Art begünstigen selbstverständlich auch die Ausdehnung und Verschlimmerung der Krankheitserscheinungen bei jenen Fällen, welche vor dem Kriege nur geringfügige Symptome darboten.

Es scheint mir unzweifelhaft, daß sich auf diese Art nicht nur die Trichophytie verbreitet, sondern auch Ansteckungen mit Favus erfolgen. Dafür spricht die Tatsache, daß Soldaten, die aus Gegenden und Familien stammen, in denen nach ihrer Angabe Favus nie endemisch vorkam, und die mit gesundem Haarboden einrückten, während der aktiven Dienstleistung im Felde an Favus erkrankten. Die Richtigkeit dieser anamnestischen Angaben konnte objektiv daraus festgestellt werden, daß die Symptome ihrer Krankheit auf einen ganz kurzen Bestand derselben hinwiesen, indem bei diesen Personen alle jene Erscheinungen (atrophische Narben, kahle Stellen mit einzelnen oder in Büscheln beisammenstehenden Haaren) fehlten, die bei Favuskranken nach jahrelangem Bestande der Affektion stets zu finden sind.

Abgesehen vom Studium dieser bemerkenswerten Umstände in bezug auf das Auftreten der parasitären Affektionen behaarter Kopfhaut bietet auch die Behandlung derselben mittels der modernen Methoden recht dankbare neue Aufgaben für die Dermatologie im Weltkriege.

Während die frühere medikamentöse Behandlung des Favus, der Trichophytie und ähnlicher Kopfaffektionen durch ihre Umständlichkeit, Langwierigkeit, Schmerzhaftigkeit und schlechten Resultate Patienten und Ärzte zur Verzweiflung brachten, sind diese Krankheiten, seitdem man nach meinem Vorschlage (1897) die Röntgenstrahlen zu ihrer Behandlung verwendet, sehr leicht und rasch heilbar geworden. Darüber sind die zahllosen Autoren, die sich über diesen Gegenstand geäußert haben, ohne Ausnahme einig. In bezug auf die Durchführung der Röntgenbestrahlung bestehen jedoch gewisse Differenzen. Die Autoren haben für verschiedene Bestrahlungsmethoden individuell verschiedene Vorliebe, woraus sich ohne weiteres ergibt, daß ihre Resultate nicht völlig kongruent sind.

Die Redaktion dieser Fachzeitschrift, die ihren Lesern die Darstellung einer zuverlässigen, nie versagenden, stets zum beabsichtigten Erfolge führenden, und unbeabsichtigte Schädigungen der Kranken sicher vermeidenden Bestrahlungsmethode der parasitären Krankheiten der behaarten Haut bieten will, hat sich an mich mit der Aufforderung gewendet, diese Aufgabe zu übernehmen. Die folgende Schilderung jener Methode, welche sich im Laufe der Jahre aus meinem ursprünglichen Verfahren ent-

Digitized by Google

wickelt, durch Aufnahme des Guten aus anderen Methoden und Verwendung nützlicher Apparate und Behelfe verbessert hat, und sich an einem sehr großen Materiale von Kranken in dem unter meiner Leitung stehenden Röntgen-Laboratorium der Hofrat Prof. FINGERschen Universitätsklinik sowie während des Krieges in meiner Abteilung für Röntgenuntersuchungen und Lichttherapie im k. u. k. Garnisonsspitale Nr. 2 in Wien durchweg vorzüglich bewährt hat, wird, wie langjährige Praxis und Erfahrung hoffen lassen, dem geäußerten Wunsche und den Absichten der verehrlichen Schriftleitung vollkommen gerecht werden.

Instrumentarium und Behelfe.

Zur Röntgenbehandlung der parasitären Affektionen behaarter Haut ist keiner der modernen großen und kostspieligen Hochspannungsgleichrichter mit LILIENFELD- oder COOLIDGE-Röhreneinrichtung notwendig. Wo solche vorhanden, können sie wohl benutzt werden. Das Arbeiten mit der konstant gleich hart bleibenden Röhre ist nicht nur sehr bequem, sondern auch korrekt. Wo aber diese Einrichtungen nicht vorhanden, genügt jedes kleine einfache Röntgeninstrumentarium mit Quecksilber- oder elektrolytischem Unterbrecher, das an Straßenstrom (am besten Gleichstrom) Anschluß hat oder im Notfalle von Akkumulatoren betrieben wird.

Der Röntgenröhrenbedarf ist bei der geringen Strombelastung, den die Röhren bei dieser Methode erleiden, ein minimaler. So steht im Laboratorium der FINGERschen Klinik beim beträchtlichen Krankenmateriale derselben eine Röhre seit $1^1/_2$ Jahren in ununterbrochener Verwendung, funktioniert noch tadellos und wird voraussichtlich noch lange gute Dienste tun. In meiner Abteilung im Garnisonsspitale Nr. 2 wurden seit vier Jahren zu therapeutischen Zwecken bei vielen Tausenden von Bestrahlungen im ganzen drei Röntgenröhren verbraucht. Am besten bewährten sich mir die Burgerschen Röhren mit automatischer Selbstregenerierung und Luftkühlung. Aber auch GUNDELACHsche und WATTsche Röhren mit automatischer und Osmoregenerierung und Luftkühlung eignen sich recht gut für diese Therapie. Röntgenröhren mit Wasserkühlung halte ich für diese Zwecke für nicht recht praktisch, da ihnen gewisse, zur Bestrahlung mancher Körperteile notwendige Stellungen nicht gut gegeben werden können.

Für die Dosierung der Strahlung nach dieser Methode ist notwendig:

1. Ein in den sekundären Stromkreis vor die Anode geschaltetes Milliamperemeter.

2. Ein Strahlenhärtemesser (nach BAUER, WEHNELT, WALTER, BENOIST oder CHRISTEN).

Als Behelfe sollen vorhanden sein:

a) Drei m² Bleiblechfolie $^1/_4$—$^1/_2$ mm dick.

b) Ein Lagerungstisch.

c) Ein einfaches Röntgenröhrenstativ.

d) Mehrere Sandsäcke.

e) Eine Schutzwand mit Bleiplatten (darüber wo möglich auch noch mit Eisenplatten) beschlagen, mit einem kleinen Bleiglasfenster. Sie wird zwischen Schaltbrett, Meßapparaten, Arzt einerseits, Lagerungstisch,

Digitized by Google

Kranken, Stativ mit Röhre andererseits, so aufgestellt, daß der Arzt durch das Fenster Röhre und Kranken gut überblicken kann.

f) Eine stellbare Minutenuhr mit Schlagwerk.

Durchführung der Behandlung bei parasitären Erkrankungen der behaarten Kopfhaut.

A. Vorbereitungen.

1. Glatt rasierte oder ganz kurz geschorene Kranke dürfen nicht in die Röntgenstrahlenbehandlung genommen werden, sondern müssen so lange warten, bis die Haare mindestens 5 mm lang geworden sind. Während der ganzen Röntgenkur ist das Rasieren und Haarschneiden strengstens zu untersagen.

Dies geschieht aus dem Grunde, weil die Röntgenbehandlung die Haare nicht zum Ausfall bringt, sondern nur lockert. Wenn das Haar ganz kurz geschnitten ist, bleibt es, auch wenn die Bestrahlung gut wirkte, infolge Adhäsion im Follikel stecken, und wirkt irritierend wie ein Fremdkörper, so daß Follikulitiden, Pusteln und Abszesse entstehen. Deshalb müssen die Haare, sobald sie locker werden, unbedingt ausgezogen werden. Das ist aber nur dann leicht möglich, wenn das Haar über das Hautniveau etwas emporragt.

2. Alle der kranken Haut anhaftenden pathologischen Produkte (Krusten, Borken, Skutula), ebenso Medikamentenreste, müssen vor der eigentlichen Kur gründlichst entfernt werden, da sie die Strahlenwirkung schwächen.

Am besten geschieht dies mittels eines mit warmen Fett oder Öl getränkten Wattebausches, der abends auf die kranke Haut gelegt, mit Kautschukpapier und trockener Watte gedeckt und niedergebunden wird. Am nächsten Morgen folgt dann eine heiße Seifenwaschung. Letztere muß während der ganzen Kur täglich wiederholt werden.

B. Die Röntgenbehandlung.

Grundsätzlich soll bei jeder parasitären Erkrankung der behaarten Kopfhaut nicht nur jene Stelle, welche die krankhaften Erscheinungen darbietet, sondern die ganze behaarte Kopfhaut, die man als suspekt betrachten soll, behandelt werden. Abweichungen von dieser Regel, die ich aufgestellt habe, haben nach meiner Erfahrung fast immer Rezidiven zur Folge. Ich bekomme alljährlich mehrere Male Fälle zu sehen, bei denen nach Röntgenepilation bloß einer einzigen zirkumskripten Stelle kurze Zeit danach neue Krankheitserscheinungen in derselben auftraten, die von Infektion aus der unbehandelten, früher scheinbar gesunden, jetzt aber gleichfalls Krankheitserscheinungen darbietenden Umgebung herrührten.

Dosierung.

Zum Zwecke der Röntgenbehandlung und gleichmäßigen Epilation der ganzen behaarten Kopfhaut appliziert man die geeignete Dosis zuerst auf den Vorderkopf, danach auf den Hinterkopf, sodann auf die rechte Kopfseite und endlich auf die linke Kopfseite.

Digitized by Google

Jede dieser Behandlung setzt sich zusammen aus sechs Bestrahlungen, die an sechs aufeinanderfolgenden Tagen verabfolgt werden. Die Dosis einer jeden dieser sechs Teilbestrahlungen ist gegeben durch folgende Daten:

1. Röhrenhärte 6—7 WEHNELT oder 4 WALTER, BENOIST-BAUER-Skala.
2. Sekundärstromstärke 1 Milliampere.
3. Fokushautdistanz 20 cm.
4. Bestrahlungsdauer 6 Minuten; die Spannung des durch den Induktor laufenden Primärstromes hat 60—80 Volt zu betragen.

Im ganzen erhält also ein jedes der 4 Bestrahlungsgebiete des Kopfes jene Strahlungsenergie, welche eine Röhre von 6—7 WEHNELT-Härte, die von einem Sekundärstrom von 1 Milliampere Intensität an 6 Tagen zusammen 36 Minuten lang, oder 36 Milliampereminuten betrieben wird, in der Fokushautdistanz von 20 cm liefert. — Die Dauer der Behandlung des ganzen Kopfes beträgt demnach 24 Tage.

Dies gilt jedoch nur für den Fall, daß die Bestrahlungen an aufeinanderfolgenden Tagen verabfolgt werden. Durch Unterbrechungen wird die Wirkung der Bestrahlung um so mehr geschwächt, je länger die Pause dauert. Solche Schwächungen müssen durch Vermehrung der Sitzungen entsprechend kompensiert werden.

Die praktische Durchführung der Behandlung erfolgt in folgender Weise:

a) Eichung und Überwachung der Röntgenröhren. Um eine möglichst genaue Dosierung der angewendeten Strahlung durchführen zu können, ist es notwendig, noch vor der Bestrahlung des Kranken die Röhrenhärte festzustellen.

Zu diesem Zwecke verhänge man das Bleiglasfenster der Schutzwand mit dem Durchleuchtungsschirme, dessen fluoreszierende Schicht gegen das Fenster zu gewendet sei. Auf die Kartonseite des Schirmes hänge man in der Höhe des Fensters eine Härteskala. (Als sehr zweckmäßig hat sich die seit vielen Jahren in meinen Laboratorien getroffene Einrichtung erwiesen, daß der kleine Fluoreszenzschirm samt Härteskala hinter ein besonderes zweites Bleiglasfensterchen der Schutzwand ständig eingefügt ist, so daß die Härteprüfung der Röhren jederzeit rasch, ohne jedes besondere Arrangement vorgenommen werden kann.) Nun befestige man die Röntgenröhre in 20 cm Fokus-Schirmdistanz so, daß ihr Normalstrahl gegen das Fenster gerichtet sei, setze die Röhre durch Einschaltung des Stromes in Betrieb und reguliere die Stromrheostaten so, daß die Sekundärstromstärke von 1 Ma. erreicht wird. Sodann wird das Zimmer verdunkelt und die Röhrenhärte an der Skala abgelesen. Entspricht die Röhre in bezug auf ihre Härte der in der Dosierung angegebenen Vorschrift, merke man sich die Stellung des Widerstandshebels am Schaltbrette an. Dieselbe Röhre wird voraussichtlich auch ein anderes Mal die annähernd gleiche Härte besitzen, wenn bei derselben Stellung des Rheostatenhebels das Milliamperemeter eine Stromintensität von 1 Ma. von dem die Röhre passierenden Sekundärstrom angibt. Zeigt bei dieser Stellung des Widerstandshebels das Milliamperemeter eine größere Stromintensität an, so ist das Rohr „weicher", zeigt das Milliamperemeter eine kleinere Stromintensität als 1 Ma. an, so ist das Rohr „härter" geworden.

Digitized by Google

(Die Intensität des die Röhre passierenden Stromes hängt u. a. von ihrem Widerstande, mit anderen Worten: von ihrem Vakuum und ihrer Härte ab.) Bei anderem als dem vorgeschriebenen Härtegrade der Röhre muß die Röhre nach bekannten Verfahren „angeweicht" oder „gehärtet" oder gegen eine Röhre von richtigem Härtegrad umgetauscht werden. Auch während der Bestrahlung ist dem Milliamperemeter seitens des Arztes oder einer dazu bestimmten verläßlichen Vertrauensperson aufmerksame Beachtung zuzuwenden. Veränderungen der Sekundärstromstärke sprechen für Änderungen im Vakuumzustande (in der Härte) des Rohres. Solche Änderungen lassen sich auch durch Beachtung der optischen und akustischen Phänomene, welche die Stromentladung im Rohre begleiten, feststellen. Die Fluoreszenz des „härter" werdenden Rohres wird schwächer, das „weicher" werdende Rohr zeigt neben der saturierten gelbgrünen Fluoreszenz noch den bläulichvioletten Schimmer des Glimmlichtes, dem sich das Glühen der Antikathode bald zugesellt. Um „harte" Röhren und von ihren Zuleitungen knattern die im Dunkeln bläulichweiß ausstrahlenden Büschelentladungen und Funkenschläge, der Wehnelt-Unterbrecher arbeitet dabei sehr geräuschvoll; zeitweise setzt die Fluoreszenz der Röhre gänzlich aus. Weiche Röhren funktionieren hingegen auffallend geräuschlos.

Das Bauersche Qualimeter erleichtert diese Überwachung der Röntgenröhre ganz außerordentlich. Sein Zeiger gibt jede Härteschwankung in der Röhrenhärte sofort und sehr genau an. Womöglich soll deshalb ein derartiges Instrument angeschafft werden, wenngleich zu berücksichtigen ist, daß seine Angaben über die absolute Röhrenhärte nicht sehr verläßlich sind, daß es überdies im Laufe der Zeit seine Empfindlichkeit ändert. Deswegen soll es von Zeit zu Zeit mit einer der anderen genannten Skalen überprüft werden. In Ermangelung eines Bauerschen Qualimeters gibt, wie erwähnt, auch die aufmerksame Beobachtung des Zeigers am Amperemeter brauchbare Anhaltspunkte für Änderungen im Härdegrade der funktionierenden Röntgenröhre.

Ändert eine Röhre während der Behandlung ihren Härtegrad, was sich nach obigen Anweisungen leicht erkennen läßt, soll man nicht durch Nachstellen des Widerstandshebels die vorgeschriebene Stromstärke zu erreichen streben, da hierdurch der Charakter der verwendeten Strahlung geändert und damit ein anderes Mittel, als beabsichtigt wurde, in die Behandlung eingeführt würde. Vielmehr trachte man die Röhre auf den vorgeschriebenen Härtegrad zu bringen (durch „Anweichen" der „harten", Auskühlenlassen oder längeren Betrieb der „weichen" Röhre mit ganz schwachem Strome).

b) Lagerung und Zurichtung des Kranken. Bei Bestrahlungen des Vorderkopfes liegt der Kranke am Rücken so, daß sich sein Scheitel ganz nahe der Tischkante befindet. Die Ohren werden mit einem entsprechend zugerichteten, als Futteral auf sie passenden Bleiblechstücke verdeckt. Weitere Verdeckungen des Kranken sind bei dieser Röhrenstellung nicht notwendig.

Bei der Bestrahlung des Hinterkopfes liege der Patient auf dem Bauche, sein Kopf auf der Stirne. Die Ohren stecken in den Bleiblechfutteralen, Hals und Nacken sind mit einer Bleiplatte zugedeckt.

Bei der Behandlung der Schläfenteile liegt der Kranke auf der Seite.

Digitized by Google

Das Ohr wird vom Bleifutterale umschlossen, Gesicht, Hals und Schulter sorgfältig mit Bleiplatten zugedeckt, so daß nur die behaarte Kopfhaut von den Strahlen getroffen wird.

Zur Verhütung der Krankheitsverschleppung sind bei größerem Krankenmateriale die Patienten anzuhalten, ihre Kopfbedeckungen in der Hand zu behalten, nicht aufzuhängen, ferner, bevor sie sich auf den Behandlungstisch niederlegen, das Kopfpolster mit einem mitgebrachten reinen Zeitungsblatte, das nachher verbrannt wird, zu belegen. Auch die Schutzbleiplatten, welche man verwendet, sollen nie unmittelbar auf die Haut der Kranken gelegt werden, vielmehr verhindere man durch zwischengelegte reine Zeitungspapierblätter die Berührung der Platten mit infektiösen Sekreten, Krusten usw. Gut ist es auch, diese Bleiplatten durch Verbindung mit einem zur Wasserleitung oder zum Gashahne führenden Draht zu „erden", um eine Belästigung der Kranken durch von der elektrisch geladenen Platte abspringende Fünkchen zu verhindern.

c) Die Einstellung der Röntgenröhre. Zum Zwecke der Erreichung eines möglichst gleichmäßigen Resultates wird der Normalstrahl der Röntgenröhre bei jeder der sechs Bestrahlungen, aus denen sich die Behandlung einer Kopfregion zusammensetzt, auf einen anderen Punkt eingestellt.

Beim Vorderkopfe wird der Normalstrahl
in der 1. Sitzung auf die Mitte der Pfeilnaht,
„ „ 2. „ 2 cm ventralwärts vom 1. Punkt,
„ „ 3. „ „ „ dorsalwärts „ „ „ „
„ „ 4. „ „ „ rechts „ „ „ „
„ „ 5. „ „ „ links „ „ „ „
„ „ 6. „ wieder auf den 1. Punkt eingestellt.

Ähnlich sind die Verschiebungen der Röntgenröhre bei der Bestrahlung des Hinterkopfes. In der ersten und letzten Sitzung wird auf die Protuberantia occipitalis, in den übrigen vier Sitzungen auf vier Punkte, die je 2 cm ober-, unterhalb, rechts und links von diesem Punkte liegen, eingestellt.

Bei den Bestrahlungen der Seitenflächen des Kopfes wird in der ersten und letzten Sitzung auf die Mitte der Verbindungslinie zwischen Scheitel und äußerem Gehörgang eingestellt. Die übrigen vier Einstellpunkte liegen in ähnlicher Weise wie bei den Bestrahlungen anderer Kopfregionen, 2 cm ober-, unterhalb, rechts und links von dieser Stelle.

Bei jeder dieser Einstellungen wird der Röntgenröhre eine derartige Lage erteilt, daß der Normalstrahl durch den betreffenden Einstellungspunkt auf das Zentrum des als Kugel gedachten Kopfes hinzielt. Hierdurch wird eine Fläche, deren Zentrum der betreffende Punkt ist, von möglichst senkrecht einfallenden Strahlen getroffen. Da während der 24 Bestrahlungen der Einstellpunkt fast jedesmal wechselt, wird die Bestrahlung über die ganze Kopfhaut verteilt, so daß keine Stelle unbehandelt bleibt.

Die Distanz zwischen Röhrenfokus und Haut hat 20 cm zu betragen.

d) Die Bestrahlung. Die Dauer der Bestrahlung mit der nach Vorschrift a gerichteten Röhre beträgt 6 Minuten, deren Ablauf am besten durch den Schlag der Behandlungsuhr angegeben wird. Während der

Digitized by Google

Expositionszeit behält der behandelnde Arzt oder eine verläßliche Hilfskraft die Meßapparate sowie die Röntgenröhre und den Patienten sorgfältig im Auge und korrigiert nach Bedarf Abweichungen von der vorschriftsmäßigen Funktion. Der Kranke hat sich während der Bestrahlung ruhig zu verhalten, Drehungen seines Kopfes sollen gleich wieder korrigiert werden. Auch nach der Ausschaltung des Stromes hat er solange stille liegen zu bleiben, bis das Stativ samt Röntgenröhre sowie die Bleischutzplatten entfernt sind und er die Erlaubnis zum Erheben vom Tische erhält. Dadurch wird der Zusammenstoß seines Kopfes mit der Röntgenröhre verhütet.

Vor jeder neuen Bestrahlung ist der Kopf an der zuletzt bestrahlten Stelle genau zu besichtigen. Findet man leichte Intumeszenz, Rötung, Bräunung der Haut, oder werden juckende, brennende Empfindungen in derselben gemeldet, so muß die Bestrahlung unbedingt für die Dauer dieser Erscheinungen unterbrochen werden. Ferner soll jedesmal geprüft werden, ob die Haare an der bestrahlten Stelle leichtem Zuge folgen. Wenn das der Fall, ist die Bestrahlung gleichfalls abzubrechen; dies ebenso, wenn die Kranken, wie es bisweilen der Fall ist, während der Bestrahlung über Kopfschmerz klagen. Allerdings kommen diese Zeichen höherer Empfindlichkeit gegen Röntgenbestrahlung nicht sehr oft vor. Im strengen Winter nehmen die bestrahlten Partien oft eine unheimliche dunkelblaue livide Verfärbung an. Auch in diesen Fällen warte man mit der Fortsetzung der Bestrahlung, bis die Erscheinungen der venösen Stase geschwunden sind.

e) Der therapeutische Bestrahlungseffekt. 10—11 Tage nach Beginn der Bestrahlung eines Gebietes, das ist 4—5 Tage nach der letzten Sitzung, folgen die Haare in dem Bereiche dieser Region leichtem Zuge mit den Fingern. (Man bediene sich zu dieser Prüfung nie der Epilationspinzette, weil sich mit derselben sowohl feste wie auch lockere Haare leicht ausziehen lassen und man deshalb mit diesem Instrumente keinen Aufschluß darüber erhält, ob die Bestrahlung bereits eine Wirkung erzielte oder nicht. Nur die bloßen Finger empfinden das leichte Gefühl des Widerstandes oder der Lockerung.) Die Haarlockerung steigert sich in den nächsten sieben Tagen, so daß das bestrahlte Gebiet am 17. bis 18 Tage ganz kahl ist. Während dieser Zeit überhäuten Exkoriationen und verheilen Substanzverluste. Um nicht epilierte Haare und Lanugo bilden sich nicht selten Pusteln.

Ungefähr fünf Wochen nach Beginn der Behandlung beginnt an der zuerst bestrahlten Stelle der Haarnachwuchs, der überall dort, wo er früher vorhanden war, zum mindesten in der gleichen Stärke auftritt. Oft ist er jetzt dichter als die frühere Behaarung war. Jene Stellen aber, an denen Geschwüre die Papillen zerstörten, oder wo schon früher Narben vorhanden waren, bleiben selbstverständlich kahl.

f) Die Nachbehandlung. Sobald die bestrahlte Stelle tadellos kahl geworden ist, wird sie durch drei Wochen hindurch täglich zweimal mit Jodtinktur eingepinselt. (Hierzu ist ein Spitalsaufenthalt des Kranken nicht nötig.)

Sobald der ganze Kopf kahl ist, muß die alte Kopfbedeckung desinfiziert oder vernichtet werden.

Digitized by Google

g) Variationen dieser Methode. 1. Härtere Röhren von Wehnelt 8—9 = 5—6 Benoist, Walter, Bauer, mit einem Sekundärstrom von $^1/_2$ Milliampere Intensität belastet, bewirken unter sonst gleichen Bedingungen, wie bei der vorigen Methode, Haarlockerung, die vom 7.—15. Tage in Erscheinung tritt. Andere Reaktionssymptome oder Reizerscheinungen habe ich bei dieser Art der Behandlung nie beobachtet, so daß sie in dieser Hinsicht allen Anforderungen entspricht. Doch verlangt diese Methode große Sorgfalt in Bezug auf die gleiche Strahlenverteilung am Kopfe, weil sonst an manchen Stellen unvollkommene Epilationen erzielt werden.

2. Die Haarlockerung läßt sich auch mit weniger Bestrahlungen erzielen. So z. B. mit Bestrahlungen von einer mit 2 Ma. Sekundärstrom belasteten Röhre von 7,5—8 We. (= 5 B. Be. W.), die in 20 cm Distanz je sechs Minuten lang am ersten und vierten Tage vorgenommen werden. Am zehnten Tage folgt noch eine ebenso lang dauernde Bestrahlung mit einer mit 1 Ma. belasteten Röhre von 6—7 We. (= 4 B. Be. W.) aus der gleichen Distanz. 10—11 Tage danach tritt die Haarlockerung ein.

Andere ähnliche Methoden lassen sich leicht aus der Formel Effekt E = Expositionszeit × Sekundärstromstärke, in der E = 36 Milliampereminuten, konstruieren, wobei jedoch zu berücksichtigen ist, daß 36 Milliampereminuten für eine auf sechs Tage verteilte Dosis gelten, bei der demnach die Erholung der Gewebe zwischen den einzelnen Bestrahlungen keine unwesentliche Rolle spielt. Wollte man deshalb den gleichen Effekt etwa in weniger Sitzungen oder in einer einzigen Sitzung von längerer Dauer oder mit stärkerer Belastung der Röhren erzielen, dann müßte, wegen Entfallens des erwähnten Erholungsfaktors, die Gesamtexpositionszeit wesentlich kürzer genommen werden. Bei der Wahl anderer Strahlenqualitäten wäre wieder zu berücksichtigen, daß dieselben physiologisch nicht ganz gleichartig wirken, daß wir, wie erwähnt, mit der mit $^1/_2$ Ma. belasteten härteren Röhre ganz ähnliche Resultate erzielen wie mit der mit 1 Ma. belasteten „weicheren" Röhre.

Empfehlenswert scheinen mir derartige abgekürzte Behandlungen aus dem Grunde nicht zu sein, weil abgesehen von den Lilienfeld- und Coolidge-Röhren, bei denen dies nicht zutrifft, die übrigen Röntgenröhren durch die verstärkte und verlängerte Inanspruchnahme in ihrer Konstanz Schaden leiden, die Qualität der emittierten Strahlung ändern, was, wie aus dem vorhin Gesagten hervorgeht, eigentlich sofortige Änderungen der Dosierung erfordern würde. Der Zeitgewinn jener Methoden, bei denen die ganze Strahlendosis in einer einzigen Sitzung verabfolgt wird, ist unwesentlich, die Kranken profitieren davon nur wenig, indem der Bestrahlungseffekt erst nach einem relativ langen symptomenlosen Zeitintervall eintritt, innerhalb dessen der Kranke wohl nicht behandelt wird, aber auch nicht als geheilt entlassen werden kann. Während dieser langen Latenzperiode hat der Arzt gar keinen Anhaltspunkt zur Beurteilung, ob die im betreffenden Falle applizierte Strahlendosis für diesen Fall gut gewählt war, ob sie nicht etwa zu starke Reaktionssymptome auslösen oder etwaige Nachbestrahlungen notwendig machen werde. Bei der Verteilung der therapeutisch wirksamen Dosis auf mehrere Tage ist man jedoch in der Lage die oben erwähnten frühen Reaktionssymptome zu beachten, die den Arzt rechtzeitig in die Lage versetzen mit der

Digitized by Google

Bestrahlung aufzuhören, bevor eine zu große Strahlendosis größeren Schaden angerichtet hat.

Die Applikation einzelner Volldosen mittels des sogenannten Lokalisateurs auf sieben bestimmte Stellen des Schädels finde ich nicht für praktisch, weil die Behandlung der zwischen den einzelnen kreisrunden Bestrahlungsfeldern zurückbleibenden unbestrahlten Haarinseln nicht ganz einfach ist und jedenfalls mehr Umstände erfordert als die oben dargestellte Methode, welche eine gleichmäßige Epilation der ganzen Kopfhaut bewirkt.

Nicht zu empfehlen ist es, am selben Tage mehrere Kopfstellen zu behandeln, weil durch das intensive Kreuzfeuer der Strahlen, welche auf diese Weise ins Gehirn eindringen, oft heftige nervöse Erscheinungen (Kopfschmerzen, Erbrechen) hervorgerufen werden.

Ebenso halte ich es nicht für ratsam, an einem Tage mehrere Bestrahlungen derselben Kopfregion vorzunehmen, weil hierdurch der stets zu berücksichtigende Erholungsfaktor der Gewebe zu kurz kommt.

h) Evidenzhaltung. Von großer praktischer Wichtigkeit ist eine genaue Verzeichnung der an jeden Kranken verabfolgten Röntgenstrahlendosis, da man sich bei der häufig niedrigen Intelligenz derartiger Kranker absolut nicht auf deren Angaben, sondern nur auf die eigenen Eintragungen verlassen darf. Wenn letztere nicht sorgfältig und gewissenhaft vorgenommen werden, sind, namentlich bei größerem Krankenmateriale, Überexponierungen, Mißerfolge und selbst schwere Schädigungen der Kranken leicht möglich.

Jeder Kranke soll eine Karte erhalten, die er beim Betreten des Behandlungszimmers abzugeben hat. In dieselbe wird, während er behandelt wird, die Nummer und das Datum der betreffenden Sitzung und die behandelte Kopfregion eingetragen. Unmittelbar danach findet die gleiche Eintragung in das aufliegende Behandlungsprotokoll statt, welches von jedem Kranken zu enthalten hat: 1. den Namen, 2. die Standesdaten, 3. die genaue Diagnose, 4. die Provenienz (Heimat) des Kranken, 5. die Krankheitsdauer (ob Narben, haarlose Stellen, und die behandelte Kopfregion), 6. die verordnete Dosis (genau definiert), 7. Datum der beginnenden Haarlockerung, 8. Behandlungserfolg (ob eventuell Komplikationen), 9. Nachbehandlung, 10. Datum des beginnenden Haarnachwuchses.

Vorzüge dieser Methode.

1. Die hier dargestellte Methode ist wissenschaftlich korrekt.

Die Methoden, welche sich der chemischen Radiometer bedienen, kümmern sich nur um den chemischen Effekt im Reagenzkörper, nicht aber um das Verhalten des Agens während der Bestrahlung; auch vernachlässigen sie in der Regel den Umstand, daß diese Reagenzkörper auf Strahlen verschiedener Qualität verschieden reagieren. Die wissenschaftliche Korrektheit leidet noch mehr, wenn bereits verwendete Reagenzkörper nach einer Ruhepause zu neuerlichen Dosierungen verwendet werden. Die in dieser Abhandlung dargestellte Methode ist hingegen jederzeit bestrebt, konsequent nur ein bestimmtes Strahlengemisch mit bestimmter biologischer Wirksamkeit zur therapeutischen Anwendung zu

Digitized by Google

bringen, was ihr auch in den kurzen, schwach belastete Röhren benützenden, Expositionen zu erreichen möglich ist. Dadurch ist sie den mit chemischen Radiometern arbeitenden Behandlungsmethoden, bei denen sich während der längeren Expositionen und den stärkeren Belastungen der Röntgenröhren sehr häufig, ohne daß man es verhindern kann, die Strahlenqualität und damit die biologische Wirksamkeit ändert, überlegen. In bezug auf diesen Vorzug, stets gleichartige Strahlengemische zu verwenden, können mit der hier dargestellten Methode die Methoden der anderen Art nur dann konkurrieren, wenn das zur Verfügung stehende Instrumentarium die unveränderliche Produktion bestimmter Strahlengattungen auch während längerer Expositionen bei starker Belastung der Röhren gewährleistet, wie z. B. die Lilienfeld- und die Coolidge-Einrichtungen. In diesem Falle sind aber die chemischen Radiometer entbehrlich und genügt zur Dosierung die Beachtung jener Momente, welche die wichtigsten Faktoren der hier dargestellten Methode bilden. Auch die so oft geübten, chemische Radiometer benutzenden Behandlungsmethoden könnten einen höheren Grad wissenschaftlicher Genauigkeit erlangen, wenn man bei Verwendung derselben der Erhaltung der Strahlenqualität während der Expositionen ein größeres Augenmerk zuwenden würde, als dies gegenwärtig zumeist üblich ist.

2. Die Methode ist einfach und leicht erlernbar.

Die einmal aufmontierten Meßapparate sind jederzeit gebrauchsfertig. Sie zeigen ohne Umstände, ohne besondere Reagenzkörper, die wieder besondere Empfindlichkeitsprüfungen, Präparationen oder Entwicklungen verlangen, ohne besondere Vorkehrungen (Beleuchtung) zur Ablesung derselben, die notwendigen dosimetrischen Daten deutlich und prägnant, so daß sie jeder normale Mensch ohne besondere Fähigkeiten und Schulung leicht ablesen kann; während die richtige Ablesung der Strahlendosen auf chemischen Radiometern neben all den genannten Umständlichkeiten schon ein gewisses Geschick, eine gewisse Ausbildung und eine gewisse Farbenempfindlichkeit der Netzhaut verlangt.

3. Die Methode ist billig, erfordert keine kostspieligen Neuanschaffungen und keine fortlaufenden, sich immer erneuernden Ausgaben.

Wo ein, wenn auch kleines Röntgeninstrumentarium schon vorhanden, kommen die Ausgaben für Bleiblech und Strom kaum in Betracht. Das Röhrenmaterial wird bei dieser Methode, wie schon früher erwähnt wurde, ungemein geschont, so daß bei richtiger Behandlung eine Röhre zu vielen Hundert Bestrahlungen verwendet werden kann. Ausgaben für Reagenzkörper, Entwicklersubstanzen usw. entfallen gänzlich.

4. Die Methode gibt vorzügliche Resultate.

Dafür spricht die mehr als 20jährige Erfahrung und Praxis des Autors an dem großen Materiale der Fingerschen Universitätsklinik, sowie der Abteilung für Röntgenuntersuchungen und Lichttherapie im k. k. Garnisonsspitale Nr. 2 in Wien. Weder Verfasser noch irgend einer seiner zahlreichen Schüler hatten im Laufe der vielen Jahre bei vielen Hunderten derartiger Kranken mit dieser richtig ausgeübten Methode je einen Miß- oder Fehlerfolg gesehen. Immer wurden die parasitären Erkrankungen der behaarten Kopfhaut durch 24tägige Behandlung geheilt. Sie

Digitized by Google

hat sich demnach nicht nur als eine ungefährliche, sondern auch als zuverlässige Methode bewährt.

Schluß.

Nach dieser Darstellung ist die Röntgenstrahlenbehandlung ein vorzügliches Mittel, um parasitäre Erkrankungen der behaarten Kopfhaut in kurzer Zeit (24 Tagen) radikal zu heilen. Nach unseren Erfahrungen im Kriege, werden hierdurch Soldaten, die viele Jahre an Favus u. dgl. litten, in relativ kürzester Zeit vollkommen hergestellt und frontdiensttauglich gemacht. Das Verfahren eignet sich daher in erster Linie zur Anwendung bei kranken Militärpersonen. Es liegt aber auch im Interesse der staatlichen Volksgesundheitspflege, daß wirksame Maßregeln zur Bekämpfung dieser Krankheiten ergriffen werden. Die meiner Abteilung seit Kriegsbeginn zur Behandlung ihres Favus, Trichophytie, Mikrosporie usw. zugewiesenen Militärpersonen entstammen nicht bloß Galizien, der Bukowina, Ungarn, Siebenbürgen, Bosnien und der Herzegowina, Dalmatien und der Türkei, das sind Länder, in denen derartige Krankheiten bekanntermaßen seit jeher endemisch vorkamen; sondern ein nicht unwesentlicher Prozentsatz (8 %) derselben kommt aus Gegenden (Steiermark, Österreich, Mähren, Triest), in denen diese Krankheiten nie endemisch auftraten, sondern nur sporadisch an zugereisten oder eingewanderten Fremdlingen beobachtet wurden. Die Befürchtung, daß frisch infizierte Soldaten nach der Beurlaubung oder Verabschiedung diese Affektionen in die Heimat verschleppen und dort zur Bildung neuer endemischer Herde Veranlassung geben könnten, ist sicherlich nicht von der Hand zu weisen. Für die Tatsache, daß die Übertragbarkeit derartiger Krankheiten keine so geringe ist, wie man im allgemeinen annimmt, spricht der oben erwähnte Umstand, daß früher sicher gesunde Menschen diese Affektionen während das Krieges acquirierten. Wie hartnäckig und zähe sich aber der einmal gebildete Favusherd in der Bevölkerung erhält, geht aus einer Mitteilung G. Ciarrocchis (1900) hervor, der zufolge in der Provinz von Rom, in welcher das Hospital S. Gallicano fast ausschließlich der Behandlung des Favus gewidmet ist und dafür einen großen Ruf besitzt (im 19. Jahrhundert wurden in demselben 5374 Favöse behandelt), trotz größter therapeutischer Bemühungen und organisatorischer Bestrebungen seit dem Jahre 1725 diese Krankheit nicht auszurotten ist, und daß die Ansteckung nachweisbar weiter direkt von Mensch zu Mensch stattfindet. Diese Erwägungen, das Bestreben, die erkrankten Soldaten in möglichst kurzer Zeit herzustellen, eine Ausbreitung derartiger Krankheiten und die Bildung neuer Krankheitsherde zu verhindern, sowie die Absicht, armen kranken Individuen aus entlegenen Gegenden des Reiches jetzt während des Krieges die Gelegenheit zu bieten, von den Wohltaten einer Behandlungsmethode, die ihnen vermutlich sonst nie zuteil geworden wären, profitieren zu lassen, hat die k. u. k. österreichische Heeresverwaltung veranlaßt, die Röntgenbehandlung derartiger Krankheiten zu organisieren. Die hierzu erforderlichen Maßnahmen sind bereits getroffen.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1918, H. 4.

Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Felde und in der Heimat, von PAUL MULZER. Die Vorschläge des Verf. beziehen sich auf die Ermittlung und Beseitigung der Infektionsquelle, auf Verbote gegen Kurpfuscher, ferner auf die Behandlung der Erkrankten. Die letztere soll möglichst nur durch Fachärzte vorgenommen werden, namentlich die Untersuchung und Behandlung der erkrankten Frauenspersonen. Weiterhin ist der Verf. für die Einrichtung einer Zentralstelle, an welche die Resultate der Untersuchungen zu melden sind. Diese Zentralstelle hat die Funktion der bisherigen polizeilichen Kontrolle zu übernehmen. Prostituierte und verdächtige Frauen müssen der Zentralstelle gegenüber den Nachweis führen, daß sie unter ärztlicher Aufsicht stehen, im Erkrankungsfalle sind sie zwangsweise in Lazarette zu bringen. Die Polizei hat nur auf Ansuchen der Zentralstelle im Falle, daß sich die Frauen der Behandlung entziehen, einzugreifen. Hinzu kommen Vorschläge über die ärztliche Versorgung, Aufklärung und über die Schaffung einer eigenen Abteilung für Geschlechtskrankheiten im Reichsgesundheitsamt.

Über den Wert verschiedener Provokationsmethoden bei Blennorrhoe, von FRITZ DREXLER. Bericht über die Brauchbarkeit der intravenösen Artigoninjektion (0,1 + 0,4 phys. NaCl-Lösung).

Zwei Fälle von Salvarsandermatitis, von GOLDFARB-Codz. In beiden Fällen kam es zu nässenden bzw. kruppösen Effloreszenzen.

1918, H. 5.

Über den Zusammenhang von Pruritus, Dermographismus und Dermatitis lichenoides pruriens (Lichen simplex chronicus, Lichen circumscriptus VIDAL), Ekzema nummulare (Lichenifikation, Ekzematisation), sowie der Lichtsensibilisierung der Haut mit viszeralen und gastro-intestinalen Störungen, von S. EHRMANN-Wien. Der Dermographismus entsteht durch die Einwirkung toxischer Körper auf die peripheren Nervenapparate der Gefäße; vielleicht auch zum Teil durch eine solche auf die Durchlässigkeit (Sekretion) der Kapillarwand. Die toxischen Körper verdanken ihr Entstehen Störungen der Sekretion, der Muskeltätigkeit und Resorption sowie Entzündungen innerer Organe. Pruritus und Dermographismus sind die vorbereitenden Stadien für die primäre Ekzematisation und Lichenifikation, besonders an Stellen, welche einer, wenn auch leichten, doch kontinuierlichen Reibung ausgesetzt sind. Bei besonders hohen Graden ist die Ekzematisation und Lichenifikation eine allgemeine. Diese Hautprozesse können das ursächliche Leiden überdauern. In diesem Falle wirkt die Röntgentherapie, sonst kommen Rezidive vor. Die kausale Therapie besteht in der Behandlung des Grundleidens, die lokale Therapie wirkt nur symptomatisch.

Zur Frage der Zuverlässigkeit der Wassermannschen Reaktion, von FRANZ BLUMENTHAL-Berlin. Die Gewinnung des Komplementes und der Hammelblutkörperchen ist notwendigerweise jeder serologischen Station zu überlassen. Hieraus ergibt sich die Unmöglichkeit, Verschiedenheiten im Ausfall der Reaktion völlig auszuschalten, selbst wenn im übrigen gleiche Versuchsbedingungen und gleiche Reagentien Verwendung finden.

Zur Kenntnis der lipochromführenden Farbzellen in der Haut nach Untersuchungen an Salamandra maculosa, von W. J. SCHMIDT-Bonn. Die gelbe Zeichnung des Feuersalamanders wird einerseits durch Lipophoren bedingt. Diese sind mit Ausläufern versehene Zellen der Kutis, welche von dort in die Epidermis einwandern. Andererseits sind es guaninhaltige Zellen (Guanophoren), welche ebenfalls aus der Kutis stammen und unter den Lipophoren liegen. H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Über Abortivbehandlung der Syphilis, von RICHARD FRÜHWALD-Leipzig. (W. kl. W., 1917, Nr. 37.) Die Versuche, Lues im Primärstadium zu heilen, sind ermutigend. Die günstigste Zeit ist die, wo die Wassermannsche Reaktion noch nicht positiv geworden, also bis zur 5.—6. Woche post infectionem. Aber auch wenn die Wassermannsche Reaktion schon potitiv ist, kann die Abortivbehandlung noch Erfolg haben, namentlich wenn sie nach einem Vierteljahr wiederholt wird. Die besten Erfolge sind nach kombinierter Salvarsan-Hg-Kur zu beobachten. Zu einer Abortivkur sind wenigstens 3.0 Salvarsan, 4.5 Neosalvarsan und 1,2 g Hg salicyl. oder 20 Einreibungen notwendig. H. Vörner-Leipzig.

Die praktische Behandlung der Syphilis, von PAUL CHEVALIER. (Presse méd., 1917, Nr. 53.) Enthält nichts Neues. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Fieber, ein wesentlicher Heilfaktor in der Syphilistherapie, von J. KYRLE-Wien. (W. kl. W., 1917, Nr. 23.) Der Verfasser erzielte bei der Behandlung von Luesfällen mit verhältnismäßig geringen Quecksilberquantitäten, sobald er gleichzeitig fiebererregende Milchinjektionen gab, eine vollkommene Symptomfreiheit mit negativer Wassermannscher Reaktion. Die Milchinjektionen stellen einen Hilfsfaktor bei der Behandlung dar, allein sind sie wirkungslos. Auch bei alten Luetikern mit hartnäckig positivem Wassermann erwies sich die Methode recht erfolgreich.
H. Vörner-Leipzig.

Fieber, ein wesentlicher Heilfaktor in der Syphilistherapie, von ARTHUR WEISS-Wien. (W. m. W., 1917, Nr. 34.) Milchinjektionen waren nicht imstande, ein schnelleres Abklingen der luetischen Symptome, noch ein günstigeres Verhalten der Wassermannschen Reaktion zu erreichen. H. Vörner-Leipzig.

Zur Wirkung des Quecksilbers auf Syphilis, von SVEND LOMHOLT und A. KISSMEYER. (M. m. W., 1917, Nr. 40.) Es gelang LOMHOLT, durch eine sehr empfindliche analytische Methode den Quecksilbergehalt des Blutes bei Quecksilberbehandlung festzustellen. Der Quecksilbergehalt des Blutes betrug auf der Höhe der Kur 1—3 mg Hg per Liter Blut. Dann wurden zu Aszitesbouillon 5—40 mg $HgCl_2$ per Liter zugesetzt; die Bouillon wurde mit Spirochäten besät; in den Gläsern, die 5—20 mg $HgCl_2$ enthielten, zeigte sich nach fünf Tagen ein reichliches Wachstum der Pallida, bei den höheren Konzentrationen kein Wachstum. Diese Versuche sprechen gegen eine direkte Einwirkung der Merkurionen auf die Spirochäten im Blut. A. Witte-Bremen.

Studien über das kolloidale Quecksilber und dessen Anwendung bei Syphilis, von KARL HEDÈN. (Nord. med. Arkiv, 1916, Abt. 2, H. 4—5.) Verfasser hat an 248 Fällen aus den verschiedensten Stadien der Syphilis ein kolloidales, Hg enthaltendes Öl, dessen Darstellung beschrieben wird, geprüft. Das 40—45% Hg enthaltende Präparat wurde intraglutäal appliziert, pro dosi 0,07—0,1 für den Erwachsenen, jeden fünften Tag eine Injektion, in jeder Serie 7 Injektionen, zwischen jeder zwei Monate Zwischenzeit. Die therapeutische Wirkung des Mittels hat Verfasser besonders kräftig gefunden. Die klinischen Symptome sind nach durchschnittlich kaum drei Wochen nach Beginn der Behandlung verschwunden, und drei gravide Patientinnen, die mit Hg-Kolloid behandelt wurden, haben anscheinend gesunde Kinder geboren. Auch auf die Wassermannsche Reaktion hat das Mittel außerordentlich kräftig gewirkt. Rezidive in Form von + Wassermannsche Reaktion sind in 12.5% und in Form von + Wassermannsche Reaktion und klinischen Symptomen in 5% entstanden, sämtlich aber in der Regel bei Patienten, die sich nicht nach der anbefohlenen Beobachtungszeit einer neuen Hg-Behandlung unterzogen haben. Ein Nachteil des Präparates sind die oft (35.5%) entstehenden Stomatitiden, die allerdings in der Regel gelinde waren und in 8—14 Tagen mit gewöhnlicher Mundhygiene und Pinseln mit H_2O_2 abheilten, recht schwer nur in 4,5%. 17 Patienten erhielten gleichzeitig Neosalvarsan, sie bekamen öfter Stomatitis, möglicherweise weil das nur ultramikroskopisch sichtbare Hg durch das Salvarsan in eine gröbere Körnerform umgewandelt wird. Dermatitis zeigte sich bei zwei Patienten, bei dem einen gelind, bei dem anderen ausgebreitet. Letzterer hatte gleichzeitig schwere

Digitized by Google

Stomatitis und starb an Pneumonie. Lungenembolien kamen trotz der gewöhnlichen Vorsichtsmaßregeln bei 16 Patienten vor, sie waren jedoch sehr leichter Natur.

E. Klemm-Leipzig.

Novasurol, ein neues Quecksilbersalz zur Syphilisbehandlung mit Bemerkungen über die Grundsätze der Quecksilberbehandlung, von Zieler. (M. m. W., 1917, Nr. 39.) Novasurol wird von den Farbenfabriken vorm Friedrich Bayer und Co. in Ampullen zu je 2,3 ccm der 10% Lösung geliefert. Es ist nach Zielers Ansicht das bestverträgliche lösliche Quecksilbersalz. Da es Eiweiß nicht fällt, macht es keine Schmerzen und Infiltrate an der Stelle der Einspritzung. Wenn es auch wahrscheinlich nicht sehr dauerhaft wirkt, so ist es doch als Präparat von guter und kräftiger, aber milder Wirkung für schwächliche Kranke und solche mit empfindlichen Organen (Nieren, Därme) geeignet. Für energische Kuren eignet es sich nicht bzw. nur in Kombination mit grauem Öl und Kalomel. Zieler führte 5000 Novasurolinjektionen bei 900 Kranken aus.

A. Witte-Bremen.

Eine neue Methode zur intralumbalen Behandlung der Nervensyphilis mittels Quecksilber, von Maurice F. Lautmann-Hot Springs; ein vorläufiger Bericht. (New York m. J., 30. Dez. 1916.) Die Methode besteht darin, Quecksilber bis zu dem Grade äußerster Toleranz anzuwenden, indem man Blutserum gewinnt, eine Lösung von benzolsaurem Quecksilber in physiologischer Kochsalziösung hinzusetzt, so viel Spinal-Flüssigkeit, als durch Lumbalpunktion möglich ist, entnimmt, und intradural die Serum-Quecksilber-Mischung injiziert. Die Menge injizierter Flüssigkeit sollte geringer sein als die Menge entnommener Spinalflüssigkeit, um einen negativen Druck innerhalb der Rückenmarkshöhle zu erzielen. Um einen Patienten mit Quecksilber zu sättigen, werden noch täglich Einreibungen mit 7—8 g (!) 50%iger Quecksilbersalbe und außerdem dreimal pro Woche intramuskuläre Injektionen eines Quecksilbersalzes gemacht. Dies wird so lange fortgesetzt, bis die ersten Erscheinungen von Ptyalismus auftreten, und dann werden 30 ccm Blutes durch Venaepunktion entnommen. Im weiteren Verlaufe ist die Technik die gleiche wie die von Swift und Ellis beschriebene; nach der Injektion sollte der Patient drei Stunden lang auf dem Rücken liegenbleiben und das Fußende des Bettes für die erste halbe Stunde erhöht werden. L. hat diese Methode in 18 Fällen, welche fast alle Formen von Nervensyphilis umfassen, angewandt. Die Diagnose war in allen Fällen auf unzweifelhafte klinische Symptome, positiven Wassermann und auch vermehrten Zellen- und Globulingehalt im Liquor cerebrospinalis gegründet. In allen Fällen war nach 3—6 Injektionen die Spinalflüssigkeit normal geworden. Die klinische Besserung hängt natürlich von dem Grade der Degeneration ab, wie sie zur Zeit des Behandlungsbeginns bestanden hat, in keinem Falle jedoch ließ sich irgend eine Verschlechterung während oder nach der Behandlung nachweisen, und in keinem einzigen Falle blieb die Beschaffenheit des Liquor cerebrospinalis unbeeinflußt. Im allgemeinen waren in allen behandelten Fällen die Resultate so gleichmäßig günstig und in einigen sogar so vorzüglich, daß Lautmann die „Serum-Quecksilbermethode" als die beste zur Behandlung aller Formen von Nervensyphilis empfehlen möchte.

M. Stern-München.

Merkurialisiertes Serum und Sublimat; Vergleiche über ihre Giftigkeit, wenn intramuskulär, intravenös und intraspinös injiziert, mit einigen klinischen Resultaten der intramuskulären Injektion, von Paul S. Pittenger-Philadelphia. (New York m. J., 27. Jan. 1917.) In einer Reihe von Tierversuchen (an Hunden) ergab sich, daß merkurialisiertes Serum, mag es intramuskulär, intravenös oder in den Rückenmarkskanal injiziert werden, in gleicher Weise giftig wirkt wie entsprechende Mengen einer Sublimatlösung. Der Zusatz eines Überschusses von Serum zu Sublimat vermindert nicht dessen giftige Eigenschaften, sondern nimmt demselben nur die Fähigkeit, Gewebe zu zerstören (dadurch, daß das Gewebeeiweiß präzipitiert und dann aufgelöst wird), ohne dessen Giftigkeit oder therapeutische Wirksamkeit zu verändern. Intramuskuläre oder subkutane Injektionen merkurialisierten Serums sind schmerzlos und nicht von Empfindlichkeit, Schmerz und Abszeßbildung, welche oft die Injektionen reinen Sublimats begleiten, gefolgt, ebensowenig intravenöse Injektionen (an der Injektionsstelle). Abnorm hohe Dosen merkurialisierten Serums sind, wenn intravenös injiziert, von denselben unangenehmen Erscheinungen — Blut im Stuhle, Erbrechen, Atemstörungen usw. — gefolgt, ebenso wie bei reinem Sublimat, und man sollte daher Sorge tragen, keine Erscheinungen von Vergiftung durch zu hohe Dosen oder zu häufige Anwendung der Mittel hervorzurufen. Merkurialisiertes Serum kann in geeigneter Dosis direkt in den Rückenmarkskanal ohne Schaden injiziert werden. Bei konstitutioneller Syphilis können

Digitized by Google

sehr günstige Resultate durch intramuskuläre oder subkutane Injektion von merkurialisiertem Serum erzielt werden, und sind diese Art Injektionen bei der Behandlung vorzuziehen außer bei Patienten, wo rasche Wirkungen angezeigt sind, in welchem Falle das Serum intravenös injiziert werden muß. In einer Anzahl Tafeln sind die bei den Tierversuchen zur Anwendung gekommenen und wirksamen Dosen bei den verschiedenen Injektionsmethoden zusammengestellt, auch ein praktisches Beispiel der therapeutischen Wirkung angefügt, aber die genaueren, für den Menschen gerade noch wirksamen und unschädlichen Mengen des besprochenen Serums aus der Arbeit nicht zu ersehen. M. Stern-München.

Über intravenöse Jodtherapie der Syphilis, von Engwer. (M. m. W., 1917. Nr. 23.) Nach intravenöser Jodnatriumzufuhr fehlen auch bei großen Dosen die bekannten Erscheinungen der Haut und der Schleimhäute völlig. Dagegen sind die Gefahren „thyreotoxischer" Störungen vermehrt. Engwer hält es nicht für ratsam, prinzipiell in der Syphilistherapie größere Jodmengen als die üblichen zu verwenden und den intravenösen Weg als Zuführung zu benutzen. Immerhin werden Einzelfälle vorkommen, bei welchen man durch eine intravenöse Jodkur mittels der von Klemperer empfohlenen Infusion der 10%igen Jodnatriumlösung großen therapeutischen Nutzen erwarten darf. Jodnatriuminfusionen beeinflussen zuweilen noch spezifische Prozesse, nachdem Hg, Jodkalium, Salvarsan das Höchstmaß der Wirksamkeit erreicht haben. Auch hartnäckige + Wassermannsche Reaktion wurde in einigen Fällen zum Umschlagen gebracht. A. Witte-Bremen.

Über die Wirkung intramuskulärer Milchinjektionen auf die latente und manifeste Syphilis, Mitteilung der Erfahrungen mit der Fiebertherapie im allgemeinen, von G. Scherber-Wien. (W. m. W., 1917, Nr. 27.) Der Verfasser glaubt an die Hypothese von dem günstigen Einfluß des Fiebers auf die Beseitigung der luetischen Folgeerscheinungen. Die Wirkung der Milchtherapie auf den blennorrhoischen Prozeß ist nach ihm ungleichmäßig. Auch auf schwere Psoriasis war der Einfluß günstig. Die Reaktion auf Milchinjektionen fällt bezüglich der Temperaturerhöhung ganz verschieden aus. H. Vörner-Leipzig.

Die Behandlung der Syphilis mit schwefelhaltigen Mineralwässern, von Durand-Fardel. (Presse méd., 1918, Nr. 4.) Empfehlung der Schwefelwässer wegen ihrer die Quecksilberausscheidung befördernden Wirkung. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Die Therapie der Lues, von Herxheimer und Fritz Hoehne. (Handb. d. Ther. d. Nervenkrankheiten, 1916.) Zu erwähnen sind die Erfahrungen der Verfasser mit der Salvarsanbehandlung der Tabes. Im Beginn derselben wird häufig eine Verschlechterung beobachtet, bei konsequenter Weiterbehandlung tritt aber meist eine immer deutlichere Besserung ein, so daß Verfasser einen Versuch mit Salvarsanbehandlung in jedem Falle dringend empfehlen. M. Unna-Hamburg-Bergedorf.

Über intravenöse Jodinjektionen bei Syphilis und Beziehungen des Jods zum Blutbilde und zum Blutdruck, von Engwer. (B. kl. W., 1917, Nr. 45.) Verfasser hat in letzter Zeit gewöhnlich insgesamt 100 g JNa, jeden zweiten Tag 5,0, injiziert. Bei einem Falle trat nach einer ersten Injektion eine unangenehme Reaktion ein, die aber nach einigen Tagen, ohne Spuren zu hinterlassen, vorüberging. Bezüglich des Blutbildes ist bei der mit Jodinfusionen behandelten Syphilis eine Kontrolle außerordentlich schwierig, da mannigfaltige Einflüsse mitwirken. Eine besondere Jodwirkung ist meist nicht erkennbar. Verfasser beobachtete einen Fall akuter Jodintoxikation mit starker Verminderung der Gesamtleukozytenzahl und absoluter und relativer Eosinophilie. Gravidität scheint eine Kontraindikation gegen intravenöse Jodtherapie zu bedeuten. E. Klemm-Leipzig.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

2. November 1918 | Nr. 44 | Band 67

Aus der dermatologischen Abteilung der allg. Poliklinik in Wien
(Vorstand: Prof. Dr. G. Nobl).

Ultramikroskopische Befunde bei Psoriasis vulgaris.

Von

Dr. Sigismund Peller, zurzeit im Felde.

In seinem „Bemerkenswerte histologische Befunde bei Psoriasis vulgaris" betitelten Aufsatze (W. kl. W., 1918, Nr. 29) berichtet Prof. Kyrle über von ihm gefundene epitheliale Zelleinschlüsse vom Typus der von der Variola bekannten Guarnierikörperchen. Da solche Einschlüsse bisher nur bei Chlamydozoenerkrankungen beschrieben wurden, erachtet Kyrle „die parasitäre Chlamydozoentheorie der Psoriasis für definitiv bewiesen und damit die Ansicht Lipschütz' völlig fundiert".

Lipschütz fand im Jahre 1910 (W. kl. W., Nr. 26) in Löffler-Ausstrichen von Psoriasiseffloreszenzen $^1/_4$ μ große rote bis mattrote scharf konturierte Körperchen, Strongyloplasmen, welchen Befund v. Prowazek (Notizen zur Ätiologie der Psoriasis vulgaris im Zbl. f. Bakt., 1912) an zwei Patienten bestätigte. Außerdem fand v. Prowazek in einem dieser Fälle 3 μ lange Fädchen: Spirochäten.

Die Arbeit Kyrles veranlaßt mich zu einer Mitteilung über von mir an der Abteilung Prof. Nobls über dessen Anregung gegen Ende des Jahres 1912 angestellte Untersuchungen, die damals aus äußeren Gründen vorzeitig abgebrochen, rudimentär blieben und deshalb nicht mitgeteilt wurden.

Nach Waschung und Entfernung der parakeratotischen Massen wurde das möglichst blutreine Reizserum von Psoriasiseffloreszenzen von fünf Patienten der Abteilung sowohl als Nativpräparat im Dunkelfeld (Reichert Ok. 4, Obj. 5), wie als gefärbter Löffler-Ausstrich einer genauen Durchsicht unterzogen.

Bei der 13jährigen Schülerin Anna Sch. waren im dritten Nativpräparat (21. XI. 1912: untere Extremität) zahlreiche eigenartige Gebilde zu sehen: Bipolar zugespitzte ovale Körperchen von der Länge eines einfachen bis anderthalbfachen Erythrozytendurchmessers und einer etwa der halben Länge entsprechenden Breite; der von einer wie der Erythrozytensaum glatten, glänzenden Hülle umgebene Körper vollkommen dunkel, ohne Details (ohne Granulierung, Kern, Lichtlinien usw.); die beiden Pole laufen in je einen lichtschwachen, sich nicht bewegenden, ausgezogenen, einfachen (nicht geteilten oder verzweigten), sehr feinen parallel mit der Längsachse des Körperchens liegenden Faden aus, der z. T. etwa gleich, z. T. doppelt bis dreifach so lang ist wie das Körperchen selbst. Diese vom dunkeln Hintergrunde schön abstechenden Gebilde lagen einzeln oder nebeneinander ohne geringste Spur einer aktiven Bewegung. Der Druck auf das Deckglas bewirkte eine Lageverschiebung der betreffenden Elemente im Gesichtsfelde ohne jegliche Formveränderung derselben. — Außerdem sind im Präparate viele etwa der doppelten Länge einer Spirochaeta pallida entsprechende, an einem Ende

Digitized by Google

stillstehende, mit dem Rest sich ungemein rasch peitschenförmig bewegende, die Form schnell wechselnde, dabei — wie in Bewegung begriffene pallidae-glitzernde Spirochätenformen, ohne stabile Windungen. Ein Zusammenhang des stillstehenden Endes mit irgend einem Gebilde des Gesichtsfeldes konnte nicht beobachtet werden. — Andere Einzelheiten sind in meinen damaligen Notizen nicht enthalten. Einige Tage später (25. XI. 1912) wurden im Serum einer anderen Effloreszenz die früher besprochenen bipolaren mit Fäden versehenen Körperchen, wenn auch in spärlicher Zahl, gesehen; die Spirochäten waren dagegen nicht vorhanden.

Bei dem 43jährigen Psoriatiker Bruno Sch. fanden sich im Nativpräparat (29. XI.). den oben beschriebenen analoge, in der Größe wie dort variierende mit ebensolchen und noch längeren Fäden versehene unbewegliche Gebilde. Wo ein Faden die 5—6fache Länge eines Körperchens erreichte, war der andere am entgegengesetzten Pol ganz kurz, kaum länger als das Körperchen selbst, dabei — wie früher besprochen — einfach oder auch z. T. erst am Ende, z. T. schon an der Austrittsstelle gabelförmig geteilt. Einige Körperchen hatten birnenähnliche Form, waren nur an einem Ende zugespitzt und nur hier mit einem etwa 4—5fach so langen dünnen ausgezogenen Faden versehen. Zwei ebenfalls birnenförmige Körperchen hatten — im Gegensatz zu allen bis jetzt besprochenen — Lichtlinien im Innern und außer den langen Faden am spitzen Pol einige kurze, etwas gewundene, z. T. verzweigte zarte Fädchen an der Basis. Ferner waren hier an Maulbeerformen von Erythrozyten erinnernde, aber birnenförmig zugespitzte und in einen kurzen Faden auslaufende Gebilde zu sehen. Spirochäten habe ich hier nicht beobachtet.

In einem dritten Falle, der 15jährigen Else W., war (5. XII.) nebst den letzterwähnten „Maulbeerformen" ein kreisrundes glattkonturiertes Gebilde von gut $1^1/_2$facher Erythrozytengröße, mit je einem in lebhafter Bewegung begriffenen glänzenden, sehr flach gewundenen 2 resp. 3 Radii dieses Körperchens langen Faden, an beiden Enden eines gedachten Durchmessers zu sehen. Die bipolaren Gebilde der ersten zwei Psoriatiker oder die Spirochäten waren nicht zu finden. In zwei anderen Fällen, wie in den gefärbten Präparaten (Löffler) aller fünf Patienten, war nichts der im Dunkelfeld erhobenen Befunden analoges feststellbar.

Über die Natur und Deutung dieser Befunde waren wir uns im Jahre 1912 nicht im klaren. Daß es sich um keine zelluläre Blut- oder epidermale Elemente handelte, war außer Zweifel. Andererseits waren diese Gebilde weder mit den Sporen der Langschen Pilze im Psoriasishäutchen oder der viel kleineren Lepocolla repens Eklunds, noch mit den etwa 30—40fach kleineren Körperchen Lipschütz oder Sellers identisch. Auch unsere Spirochäten decken sich nicht mit den etwa achtmal kleineren v. Prowazeks. — Ich hatte keine Gelegenheit, der Frage weiter nachzugehen und bin auch jetzt — an der Front — nicht in der Lage, die Untersuchung fortzusetzen. Vielleicht bestimmen die erhobenen Befunde dermatologisch arbeitende Kollegen zu weiterer Bahnung des betretenen Weges und geben ihnen Möglichkeit, die Gebilde mit dem Wesen der Schuppenflechte in Einklang zu bringen.

Digitized by Google

Erwägungen über die Versuche, die Gonorrhoe mittels Wärme zu beeinflussen.

Von

Dr. Curt Cronquist in Malmö.

Daß erst durch die Entdeckung des Gonokokkus für die Möglichkeit einer ätiologischen Therapie der Gonorrhoe der Weg gebahnt wurde, ist ohne weiteres einleuchtend. Die Angaben neuer Präparate, welche es uns ermöglichten, die spezifischen Organismen direkt anzugreifen, wurden auch sogleich sehr zahlreich. Welche Dienste haben uns die Silbereiweißverbindungen, wie sie auch genannt werden mögen, geleistet? In den Händen gut ausgebildeter, gewissenhafter Ärzte haben sie uns erst eine direkt ätiologische Therapie ermöglicht; sie haben uns in den Stand gesetzt, die Gonorrhoe in einer Anzahl von Fällen zu kupieren; sie haben es uns auch ermöglicht, eine wirksame Prophylaxe gegen die Krankheit einzusetzen.

Dies Resultat wurde ziemlich rasch gewonnen, seitdem sind wir aber kaum einen Schritt weiter gekommen, und man muß wohl Nobl (1) beipflichten, wenn er noch 1916 sagt:

„Nach alledem hat die kausale Behandlung der Blennorrhoe im Laufe der letzten Jahre noch nicht jene Stufe der Vollkommenheit erreicht, welche für die kurzfristige Tilgung des vollentwickelten Krankheitsbildes geboten wäre."

Aber eben das, was Nobl als bislang leider unerreicht bedauert, muß das Ziel sein, welchem wir alle unsere Bestrebungen widmen müssen: die **kurzfristige** Tilgung des vollentwickelten Krankheitsbildes.

Durch eine Reihe klinischer Erfahrungen sowie durch Ergebnisse von Untersuchungen an künstlich gezüchteten Gonokokkenstämmen geleitet, hat man jedoch schon, obzwar anfänglich mit zögernden Schritten, einen anderen Weg eingeschlagen: die Bekämpfung des gonorrhoischen Prozesses mittels Wärme. Ich werde diese neuen Beobachtungen und Versuche nur in aller Kürze referieren.

Die Empfindlichkeit des Gonokokkus gegen höhere Temperaturen wurde schon früh festgestellt. Bumm (2) gibt als Optimum für sein Gedeihen 33—37° an; bei 38° hört jede Entwicklung auf. Wertheim (3) hat Gonokokkenkulturen einer Temperatur von 40—43° ausgesetzt, ohne sie zum Absterben zu bringen. Finger, Ghon und Schlagenhaufer (4) nähern sich dem Standpunkte Bumms. Bei ihren Versuchen konnten sie ein Wachstum auf künstlichen Nährböden (Rinderserumagar) nur bei Temperaturen zwischen 25—39° wahrnehmen. Als Optimum bezeichnen sie 36°. Steinschneider und Schäffer (5) legten Gonokokkenkulturen an Serumagar an und setzten sie einer Temperatur von 40° während bzw. 48, 24 und 12 Stunden aus; schon nach 12 Stunden waren die Kulturen abgetötet. Finger, Ghon und Schlagenhaufer (6) lieferten aus der Literatur klinische Beispiele der Abhängigkeit der Gonorrhoe von höheren Temperaturen. Sie stellten aus der Literatur eine Reihe von Fällen zusammen.

Digitized by Google

in denen unter Einwirkung erhöhter Körperwärme der gonorrhoische Ausfluß vermindert worden war bzw. ganz aufgehört hatte, um nach dem Nachlaß des Fiebers sich wieder in voller Blüte zu entfalten. Die Verfasser konnten ihrer Darstellung einen einschlägigen Fall beifügen. Es handelte sich um einen 19jährigen Mann, der wegen einer floriden Gonorrhoe mit rechtsseitiger Gonitis in das Krankenhaus aufgenommen worden war. Bereits nach einigen Tagen trat eine Herzaffektion (Aortenostium) hinzu, welcher der Patient nach fünf Tagen erlag. Bei der histologischen Untersuchung wurden Gonokokken sowohl in den endokarditischen Auflagerungen wie in der Urethra nachgewiesen. Kulturen von diesen beiden Stellen blieben aber steril. Der Nährboden wurde durch Parallelkulturen von einer floriden Gonorrhoe als durchaus geeignet befunden. Die Verfasser erklären die Befunde in der Weise, daß zwar die Gonokokken durch das hohe Fieber (38—40°) nicht vernichtet worden waren, ihre Vitalität jedoch in dem Grade herabgesetzt worden war, daß sie nicht mehr vermochten, sich in Kultur zu vermehren.

Sehr interessante klinische Beobachtungen hat Scholtz (7) an einem Falle von Gonokkenabszeß mit hohem Fieber angestellt:

„Den ersten Abszeß, der sich am Unterschenkel bildete, haben wir nach der Eröffnung zunächst nicht lokal behandelt, um das Verhalten der Gonokokken in der Höhle verfolgen zu können. Es kam uns dabei wesentlich darauf an, festzustellen, ob sich bei dem Patienten, der abends bis 40° fieberte, während die Morgentemperaturen fast normal waren, zur Zeit der Azerbationen und zur Zeit der Remissionen des Fiebers, ein Unterschied im Verhalten der Gonokokken mikroskopisch und kulturell würde nachweisen lassen. Es wurden zu diesem Zwecke ... erstens, nachdem die für das Gonokokkenwachstum günstigen, d. h. niederen Temperaturen (unter 38,5°) möglichst lange angehalten und zweitens, nachdem die dem Gonokokkus schädlichen, d. h. hohen Temperaturen eingewirkt hatten, möglichst gleichartige Ausstrichspräparate angefertigt und Kulturen — natürlich auf dem gleichen Nährboden — angelegt. In der Tat fand sich sowohl im mikroskopischen Präparate und besonders in der Kultur ein ganz auffallender Unterschied. Zur Zeit der niederen Temperaturen waren mikroskopisch relativ viel und gut färbbare Gonokokken nachweisbar, und die Kulturen gingen üppig und schnell — schon nach 20 Stunden — an, während nach Einwirkung der hohen Temperaturen im ganzen entschieden weniger und relativ viel schlechter färbbare, degenerierte Gonokokken im Präparate vorhanden waren und die Kulturen unter absolut gleichen Verhältnissen viel schlechter und weniger reichlich als die ersten angingen und auch bedeutend langsamer, etwa erst nach 48 Stunden, zur Entwicklung gelangten.

Der Versuch wurde zweimal mit gleichem Resultate ausgeführt.

Auch der Verlauf der Urethralgonorrhoe ließ ... den schädlichen Einfluß der hohen Temperaturen auf die Gonokokken erkennen."

Scholtz erwähnt bei derselben Gelegenheit einen „unfreiwilligen" Versuch, bei welchem durch einen Zufall die langsam steigende Temperatur beim Fieber nachgeahmt wurde:

„Als ich nämlich im hygienischen Institut zu Halle mit Züchtung

Digitized by Google

von Gonokokken beschäftigt war, wurde eine Reparatur an dem von mir benutzten Brutschrank notwendig, und infolgedessen war die Temperatur des Ofens vorübergehend nicht konstant. Um die Schwankungen zu verfolgen und den Thermostaten wieder zu regulieren, wurde früh, mittags und abends die Temperatur notiert. Nachmittags stand der Brutschrank, in welchem ich etwa zehn frische Gonokokkenkulturen auf verschiedenen festen und flüssigen Nährböden stehen hatte, etwas über 37°, abends um 9 Uhr hatte der Diener eine Temperatur von 38,2°, am nächsten Morgen um 7 Uhr eine solche von 40,6° notiert und gegen 9 Uhr fand ich eine solche von 40,8° vor. Sämtliche Gonokokkenkulturen erwiesen sich, obwohl sie sofort überimpft wurden, als vollständig abgestorben."

Jundell (8) fand bei seinen umfassenden experimentellen Untersuchungen wieder das Optimum bei 36° und die obere Grenze für die Entwicklung der Gonokokken in Kulturen bei 38—39°. Diese Werte gelten aber nach ihm nur für die ersten Generationen: bei fortgesetzer Überimpfung wird die Toleranz gegen höhere Temperaturen nach und nach erhöht. Gleichzeitig wird ihre Virulenz vermindert, so daß z. B. eine Überimpfung in die Urethra eines Mannes von den 198—200ten Generationen nicht mehr gelang.

Obwohl also die meisten klinischen sowie experimentellen Beobachtungen in derselben Richtung gingen, hat es andererseits doch nicht an Opponenten gegen solche Deutungen gefehlt. Besonders kräftig tritt Nobl (1) gegen die Ansicht auf, daß in den genannten Fällen das Fieber das Nachlassen der Symptome bewirkt und das Aufgehen der Kulturen verhindert habe. Und er berichtet selber über fünf Fälle, in welchen trotz lang andauernden Fiebers, bis 40°, die Gonorrhoe nur wenig beeinträchtigt wurde, ja sogar während der ganzen Zeit in voller Blüte fortbestand. Und Nobl (9) steht noch in jüngster Zeit all den neuen Bestrebungen, solche Erfahrungen praktisch zu verwerten, sehr skeptisch gegenüber. Solche Einwürfe haben jedoch nicht Versuche verhindern können, die von verschiedenen Seiten konstatierte Empfindlichkeit der Gonokokken gegen höhere Temperaturen praktisch zu verwerten.

Schon Finger, Ghon und Schlagenhaufer warfen in ihrer ersten Arbeit (4) den Gedanken auf: „Alle diese Erwägungen mußten uns zu dem Experimente ermuntern, ob denn der Gonokokkus in der Harnröhre ... nicht durch Erwärmung der Schleimhaut, wobei ja die höhere Temperatur das ganze Gewebe durchdringt, rasch zerstört werden könne." Sie haben auch mit einem Apparat nach Art des Psychrophors solche Versuche an einigen Fällen von frischer Gonorrhoe angestellt, welche aber alle negative Resultate ergaben.

Besser ist es schon 1896 Callari (10) mit einem ähnlichen Verfahren gegangen. Er hat 20 Gonorrhoen einfach mit Irrigationen von heißem Wasser von 41—45° C behandelt. Die Schleimhaut wurde vorher mit 6% Kokainlösung anästhesiert. Die Dauer jeder Irrigation betrug höchstens 10 Minuten. Ein Erfolg blieb nur in drei Fällen aus. Trotz dieser ermutigenden Resultate ist die Methode nur von ganz wenigen Autoren weiter geprüft worden.

Aber auch auf verschiedene andere Weise hat man die lokale Wärme zu applizieren versucht.

Digitized by Google

So untersuchten Jundell und Åhman (11) die Einwirkung der Welander-schen Wärmebehandlung auf die Gonorrhoe bei Patienten, die gleichzeitig Gonorrhoe und Ulcus molle hatten. Nach 48—70stündiger Wärmebehandlung (Temperatur in der Urethra am Ende der Behandlung 39,6—40,2) wurden Impfungen von der Urethra vorgenommen, welche regelmäßig Reinkulturen von Gonokokken ergaben. Die klinischen Zeichen wurden nicht beeinflußt. Zahl der Versuche 5.

Die weiteren verschiedenartigen Versuche mit lokaler Applikation der Wärme, z. B. mit elektrisch heizbaren Sonden, haben im allgemeinen nicht mehr ermutigende Resultate ergeben. Es ist zwar von verschiedenen Verfassern von gelungenen Versuchen mit Diathermiebehandlung berichtet worden, und die Methode wird fortwährend in ziemlicher Ausdehnung angewandt. Speziell haben Santos und Börner (12, 13, 14, 15) sich mit der Methode eingehend beschäftigt und haben auch einige Erfolge zu verzeichnen. Die Methode scheint aber ein wenig zu umständlich und zeitraubend zu sein, um sich in der allgemeinen Praxis einbürgern zu können.

Die letztgenannten Forscher haben in einer langen Versuchsreihe die Tötungszeiten der Gonokokken bei verschiedenen Temperaturen festgestellt, wie aus nachstehender Tabelle hervorgeht:

39,0°	C	in	10	Stunden	—	Minuten	46,0°	C	in	26	Minuten
40,0°	„	„	6	„	—	„	47,0°	„	„	17	„
41,0°	„	„	3	„	15	„	48,0°	„	„	10	„
42,0°	„	„	1	Stunde	57	„	49,0°	„	„	6	„
43,0°	„	„	1	„	16	„	49,5°	„	„	5	„
44,0°	„	„	1	„	—	„	50,0°	„	„	4	„
44,5°	„	„	—	„	54	„	51,0°	„	„	3	„
45,0°	„	„	—	„	37	„					

Der Reihe von Beobachtungen über, während einer Fieberattacke, ausgeheilte Gonorrhoefälle kann ich einen einschlägigen Fall beifügen, den ich im Jahre 1907 an der venerischen Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Norrköping zu beobachten Gelegenheit hatte.

Es handelte sich um eine 30jährige Frau, welche wegen Zervikalgonorrhoe aufgenommen war und nach etwa siebenwöchigem Krankenhausaufenthalt eine Fieberattacke von unbekannter Provenienz — es lagen keine Erscheinungen seitens der Adnexe vor — bekam. Am zweiten Tage der Attacke betrug das Fieber 40,5° abends, um in den nächsten 3 Tagen unter Darreichung von Natr. salizyl. zur Norm zu sinken. Nach dem Aufhören des Fiebers hatten die klinischen Erscheinungen der Gonorrhoe völlig nachgelassen, und Gonokokken konnten bei mehrmals wiederholten Untersuchungen nicht mehr nachgewiesen werden. Kulturell wurde die Heilung allerdings nicht kontrolliert.

Der Verlauf des Falles erweckte mein Interesse für die Frage der Einwirkung der Wärme auf gonorrhoische Prozesse. Meine Bestrebungen haben mich freilich kaum über das Gebiet rein theoretischer Erwägungen geführt, hauptsächlich weil ich aus Mangel an klinischem Material nicht in der Lage gewesen bin und voraussichtlich auch nicht in dieselbe kommen werde, selbst praktische Versuche anzustellen. Wohl

Digitized by Google

ist mir von anderen Seiten das fehlende Material angeboten worden; jedes positive Handeln hat aber wegen des Krieges aufgeschoben werden müssen. Wie lange wird der Krieg noch dauern? Das ist vorläufig unmöglich zu sagen. Und so finde ich es am besten, meine Pläne schon jetzt zu veröffentlichen, in der Hoffnung, daß andere, für deren praktische Tätigkeit in dieser Hinsicht nicht so viel Hindernisse im Wege stehen wie für die meinige, die Frage ihrer Lösung näher bringen können.

Es war mir schon vom Beginn an klar, daß alle Versuche, die gonorrhoischen Prozesse durch nur lokaler Applikation der Wärme zu beeinflussen, scheitern müssen. Einesteils greift man ja die Krankheit von einer Seite an, wo sie, mit den uns jetzt schon zu Gebote stehenden Mitteln, ziemlich leicht erreichbar ist, während die tieferen Lagen der Schleimhaut dem wirkenden Agens unstreitig weniger zugänglich sein müssen. Nur die Diathermiebehandlung wäre hier in diesem Sinne noch zweckmäßig. Andererseits aber erreicht man ja mit derartigen Methoden nur eine sehr beschränkte Anzahl von Fällen, in der Hauptsache die Infektionen der vorderen Harnröhre des Mannes. Prostatitiden, Follikulitiden, Uterusgonorrhoen usw. müssen ja von vornherein von der Behandlung ausgeschlossen werden. Es ist wohl dann klar, daß es nur durch Erhöhung der Körperwärme, durch künstlich erzeugtes Fieber möglich sein wird, auf diese Weise eine Methode, die Gonorrhoe wirksam zu beeinflussen, ausfindig zu machen.

Wird das möglich sein? Und in welcher Weise?

Unter anderen haben Krehl und Matthes (16) durch subkutane Injektionen von Deuteroalbumosen an Meerschweinchen eine Temperaturerhöhung von ein paar Graden, welche einige Stunden dauerte, erzeugt. Sie haben auch (17) ähnliche Resultate mit 24stündigen, autoklavsterilisierten Peptonbouillonkulturen von virulenten B. coli, pyocyaneus, anthracis, typh. und prodigiosus erzielt.

Matthes (18) hat später diese Untersuchungen fortgesetzt; seine Ergebnisse sind in aller Kürze folgende:

Nach Injektion von 0,3—1 g Deuteroalbumose reagieren gesunde Meerschweinchen mit hohem Fieber, welches 7—15 Stunden anhält. Die Tiere befinden sich im übrigen sehr wohl, fressen ganz wie gewöhnlich.

Tuberkulöse Tiere reagieren nach Injektion von 0,1—1,5 g mit Kollaps und sterben nach einigen Stunden. Die Sektion zeigt das Bild einer hochgradigen, akuten Infektion. Kulturen von den Exsudaten blieben negativ.

0,01—0,02 g wirken nicht auf gesunde Tiere, an tuberkulösen erzeugen diese Dosen dagegen hohes Fieber. Wenn man einem solch tuberkulösen Tiere ein paar kleine Injektionen gegeben hat, kollabiert es nicht nach den höheren Gaben.

Kaninchen werden von den Injektionen nur unbedeutend beeinflußt.

An Menschen bewirkt eine Injektion von 0,07 g sicher Fieber. Eine lästige Nebenwirkung ist eine erysipelatöse Anschwellung des ganzen Unterarms, welche jedoch ausbleibt, wenn es gelungen ist, bei der Herstellung das Präparat völlig frei von Kalk zu bekommen.

Das Fieber beginnt erst nach 6 Stunden; Dauer 15—24 Stunden.

Digitized by Google

In 2 Fällen wurde bei Gesunden nach Injektion von 0,07 g akute palpable Milzschwellung nachgewiesen.

Bei Lupuskranken entsteht eine starke Lokalreaktion. Die Fieberreaktion wurde kaum so stark wie bei Gesunden. Die Versuche scheinen zu zeigen, daß sehr bald Gewöhnung an das Mittel eintritt.

Matthes hat auch Versuche mit echtem Pepton vorgenommen, welche zeigen, daß dieses noch kräftiger fiebererregend wirkt als Deuteroalbumose. Schon eine Dosis von 0,005 kann eine Temperaturerhöhung von 2° erzeugen.

Ich begann, von diesen Untersuchungen geleitet, einige Versuche an Meerschweinchen anzustellen. Sie wurden 1909 am hiesigen Seuchenkrankenhaus vorgenommen. Für die Erlaubnis, sie dort auszuführen, bin ich meinem Freunde, Herrn Chefarzt Dr. E. Petrén, sehr zu Dank verpflichtet.

Ich ließ mir durch Herrn Apotheker Roy aus Pepton-Witte reines Pepton herstellen [nach der Methode von Paul Müller (19)]. Vier verschiedene Lösungen wurden geprüft. Sie waren alle frei von Kalk und enthielten nur Spuren von Albumosen.

Mit diesen Präparaten wurden nun Versuche an sechs Meerschweinchen vorgenommen. In allen Fällen trat eine Erhöhung der Temperatur ein, ohne daß die Tiere das erzeugte Fieber lästig zu empfinden schienen; sie bewegten sich und fraßen ganz wie gewöhnlich. Gewöhnung trat aber gleich nach der ersten Injektion ein, so daß es zuweilen auch mit einer mehrfach erhöhten Dosis nicht mehr gelang eine weitere Temperaturerhöhung zu erreichen.

Diese Methode mußte also sogleich verworfen werden.

Einen anderen Weg zur künstlichen Erhöhung der Körpertemperatur zeigen uns Coleys Toxininjektionen.

Coley hat in einer Menge von Fällen (insgesamt etwa 430) von inoperabeln Sarkomen Injektionen von einer Mischung von Streptokokken- und Prodigiosuskulturen vorgenommen. Diese Injektionen haben außer der von Coley beabsichtigten Nekrotisierung der Tumoren eine bedeutende Temperaturerhöhung zur Folge (102—104° F = 38,9—40° C).

Coley hat seine Resultate in einer Reihe von Abhandlungen dargelegt. Die Einzelheiten der Methode werden in einer zusammenfassenden Arbeit von 1908 (20) rekapituliert.

Hier liegt also eine Methode vor, die schon an Menschen angewendet worden ist. Die Tierexperimente konnten also wegfallen. Da es mir, wie schon gesagt, nicht möglich war, selbst Versuche mit der Methode vorzunehmen, richtete ich mich im März 1915 mit einer Anfrage an Herrn. Prof. Neisser, welchem ich meine Pläne mitteilte. Prof. Neisser war so freundlich, mir (in Briefen vom 4. bzw. 25. April 1915) zu versprechen, die Versuche — mit Gewährung meiner Priorität — an seiner Klinik durch seinen Assistenten vornehmen zu lassen. Freilich hegte er gewisses Bedenken der Methode gegenüber, weil sie voraussichtlich für die Patienten unangenehm sein dürfte. „Aber ich gebe gern zu," schreibt er am 4. April 1915, „daß, wenn bei der Methode überhaupt Heilung und Abtötung der Gonokokken zu erzielen ist, alle diejenigen Fälle in Betracht kommen, wo die Gonokokkennester der örtlichen Schleimhaut-

Digitized by Google

behandlung mehr oder weniger unzugänglich sind. Auch alle Prostatafälle und alle Metastasen kämen in Betracht."

Wegen Mangel an Zeit und Platz müßten aber die Untersuchungen bis zum Abschluß des Krieges aufgeschoben werden.

Nun glaube ich nicht, daß die Furcht Neissers, daß die Behandlung für die Patienten notwendigerweise sehr lästig sein muß, begründet ist. Sowohl Krehl und Matthes' wie meine eigenen Tierversuche haben ja ergeben, daß wenigstens das durch Injektionen von Deuteroalbumosen bzw. Peptonen erzeugte Fieber anscheinend ohne jedes Unbehagen von den Tieren vertragen wird.

Es wurde mir aber ein wenig langweilig, das Ende des Krieges abzuwarten, und ich versuchte dann, die Untersuchungen an einem anderen Orte ausführen zu dürfen. Mein alter Freund, Dozent Dr. Karl Marcus, gab seine Zustimmung, und es wurden in seiner Klinik 3—4 Versuche vorgenommen. Die Resultate waren nicht eindeutig. Zudem klagten ein paar Patienten über Übelkeit und anderes Unbehagen. Eine Pause trat also in den Untersuchungen ein.

Inzwischen ist Prof. Neisser inmitten rastloser Arbeit gestorben. Sein Nachfolger, Herr Prof. Jadassohn (Briefe vom 2. X. und 3. XI. 1917), hat mir ebenfalls gütigst versprochen, bei gebotener Gelegenheit die Untersuchungen aufzunehmen. Allein natürlich wird das auch erst nach Abschluß des Krieges möglich sein.

Ich glaube daher der Wissenschaft am besten dadurch zu dienen, daß ich meinen Gedankengang und meine Pläne veröffentliche, damit ein jeder, dem dazu Gelegenheit geboten wird, die Aufschläge prüfen und durch die gemachten Erfahrungen unseren Kampf gegen die Gonorrhoe womöglich fördern kann. Ich sehe hierzu um so mehr einen Grund darin, daß nunmehr der Gedanke durch Erhöhung der Körperwärme die Gonorrhoe zu bekämpfen auch von anderer Seite erweckt worden ist. Ich denke hierbei nicht so sehr an die Milchinjektionen, welche von einigen empfohlen worden sind. Größere Beachtung verdienen aber die Versuche Weiss' (21). Er ist von demselben Gedanken wie ich bereits 8 Jahre früher ausgegangen: nur durch die Erhöhung der Eigenwärme des Körpers wird es möglich sein die Frage zu lösen. Da Weiss' Versuche für die Frage von großer Bedeutung sind, werde ich ihn ausführlicher zitieren.

„Ich bin so verfahren, daß ich den ganzen Körper des Patienten in ein heißes Bad tauchte, aus dem nur der Kopf herausragte. Auf diese Weise kann man die Körpertemperatur sehr schnell in die Höhe treiben . . .

Die Temperatur ist in allen Fällen im Munde gemessen worden. Die verschiedenen Individuen haben die Erwärmung sehr verschieden gut vertragen. Viele empfanden Temperaturen von 40° und darüber nicht als besondere Belästigung, während andere schon bei Temperaturen unter 40° über Unbehagen klagten, ja Ohnmachtsanfälle zeigten. Trotzdem sind die Versuche, die Gonorrhoe zu beeinflussen, auch an Individuen gemacht worden, welche eine Erwärmung bis zur Absterbetemperatur des Gonokokkus nicht ertragen konnten.

Ich ging dabei von der Überlegung aus, daß der Organismus über Schutzkräfte gegen den Gonokokkus verfügt, die im Verein mit der Erhöhung der Temperatur, selbst wenn diese nicht bis zu dem genannten

Digitized by Google

Punkte möglich war, eine Abtötung des Krankheitserregers möglich erscheinen ließen.

... Man muß also, wenn man eine wirksame Erwärmung des ganzen Körpers erzielen will, die Person bis zum Halse eintauchen lassen. In allen Fällen war den Patienten das Auflegen einer Eisblase auf den Kopf sehr willkommen."

Weiss hat nun 11 Fälle von frischer Gonorrhoe mit diesem Verfahren behandelt. Die Diagnose wurde durch den Nachweis von Gonokokken im eitrigen Ausfluß verifiziert. Die Heilung wurde durch mehrmalige Untersuchungen von Sekretproben beurteilt. Von den 11 Fällen wurden 5 nur mit Bädern behandelt. Die übrigen bekamen auch Einspritzungen (Kalium permang.). Ich gebe die Berichte über die ersteren in Weiss' Darstellung wieder:

„1. Str. 5. V.: Bad von 40 Min. Dauer, Badtemperatur steigt von 40° auf 43,5°, die Körpertemperatur von 36,3° auf 42,6°. 6. V.: Wenig Ausfluß, keine Gonokokken, die dauernd verschwunden sind.

2. Str. 6. V. und 7. V.: Bäder von 30 Min. Dauer, deren Temperatur von 40° auf 41,5° gesteigert wird. Die Körpertemperatur steigt darin auf 39,2°. 8. V: Ausfluß sehr gering, keine Gonokokken, die dauernd verschwunden sind.

3. Sc. 3. V.: Bad von 50 Min. Dauer, dessen Temperatur von 40° auf 43,5° steigt. Körpertemperatur steigt darin von 36,5° auf 39,7°. 4. V.: Ausfluß seröser und geringer, enthält noch Gonokokken. Bad von 30 Min. Dauer, Wassertemperatur steigt von 40° auf 43°, Körpertemperatur von 35,7° auf 40,3°. 5. V.: Ausfluß noch geringer. Keine Gonokokken, die dauernd verschwinden.

4. Er. 3. V.: Bad von 55 Min. Dauer, Wassertemperatur steigt von 40° auf 43,5°, Körpertemperatur von 35,7° auf 39,8°. 4. V.: Ausfluß geringer, seröser, enthält Gonokokken. 5. V.: Bad von 30 Min. Dauer, Wassertemperatur steigt von 40° auf 43°. Körpertemperatur von 35,5° auf 38,8°. 7. V.: Ausfluß glasig. Keine Gonokokken. Am 14. V. wieder Gonokokken. Bis zum 19. V. täglich Bäder von 25—40 Min. Dauer, Wassertemperatur steigt von 40° auf 41°, Körpertemperatur von 35,7° auf 39,9°. 20. V.: Sehr wenig Ausfluß, keine Gonokokken, die dauernd verschwinden.

5. Pt. Analoge Therapie vom 3. II. bis 20. V. Derselbe Effekt."

Die Kranken waren die ganze Zeit außer Bett. Keine besondere Diät wurde verordnet.

Diese Resultate sind ja sehr interessant und ermutigend. In einem Falle wurde die Körpertemperatur bis 42,6° (Mundtemperatur!) gesteigert. Die Gonorrhoe wurde kupiert. In zwei weiteren Fällen reichten zwei Sitzungen aus, wobei die Körperwärme nicht über 40,3° getrieben wurde. In den zwei letzten Fällen schließlich waren mehrere Sitzungen erforderlich, wobei die Badetemperatur nur bis 41° gesteigert wurde.

Die letzten sechs Fälle, die hier nicht in ihren Details wiedergegeben worden sind, wurden mit täglichen Bädern von derselben Temperatur wie in den Fällen 4 und 5 während etwa fünf Wochen und danach mit Einspritzungen von Kalium permang. während weiteren 4—6 Tagen behandelt, wonach die Heilung definitiv war. Während der Badebehandlung scheinen in diesen Fällen keine mikroskopischen Untersuchungen gemacht worden zu sein. Auch in diesen Fällen scheint also die Wärmebehandlung die Hauptrolle bei der Heilung gespielt zu haben.

Diese Versuche sind im hohen Grade geeignet, meine Ansicht, zu welcher auch Weiss, ohne von der meinigen zu wissen, gekommen ist, zu stützen: daß es möglich sein wird, allein durch Erhöhung der Körpertemperatur die Gonorrhoe zur Heilung zu bringen. Aber noch mehr,

Digitized by Google

sie scheinen mir ganz klar zu beweisen, daß die prinzipielle Furcht vor den Toxininjektionen wegen ihrer vermuteten Unannehmlichkeiten übertrieben ist. Weiss spricht ja freilich auch von solchen, welche bei besonders kräftiger Steigerung der Temperatur beobachtet wurden. Solche Ereignisse müssen aber ceteris paribus bei der Injektionsbehandlung voraussichtlich sehr viel geringer sein. Denn bei der Badebehandlung kommt ja ein bedeutsames Schutzmittel gegen das Unbehagen oder gar die Gefahr einer Überhitzung des Körpers, nämlich die kompensatorische Abkühlung von der Körperoberfläche, in Wegfall.

Weiter ist auch zu bemerken, daß es bei der Badebehandlung nur möglich ist, die erhöhte Körperwärme ziemlich kurze Zeit — in Weiss' Versuchen weniger als eine Stunde — beizubehalten. Bei der Injektionsbehandlung würde es wohl voraussichtlich gelingen, wenn auch nicht eine „Febris continua", so doch wenigstens Fiebertemperaturen von mehrstündiger Dauer zu erzeugen. Auch stünde wohl nichts im Wege, das Fieber gleich nach dem Eintritt der Remission durch eine erneute Injektion wieder in die Höhe zu treiben. Und welche Bedeutung die Dauer der Temperaturerhöhung für die Abtötung der Gonokokken hat, bedarf nicht besonders hervorgehoben zu werden. Sie wird überdies durch die oben angeführte Tabelle Boernebs und Santos' sehr hübsch illustriert.

Es wurde oben erwähnt, daß bei den Versuchen, die von Dr. Marcus ausgeführt wurden, ein paar Patienten über Unbehagen klagten. Es ist ja möglich, daß der eine der beiden Komponente der „Mixed toxins" die Schuld an den unangenehmen Empfindungen trägt. Es ist ja nicht notwendig, daß sie das Fieber an sich bewirkt. Ich empfehle daher, zuerst Versuche mit Injektionen von Streptokokkenkulturen allein zu machen. Natürlich kann man auch andere Toxine wählen. Das alles wird ja Sache der Erfahrung werden und hat nichts mit den Prinzipien der Methode zu schaffen.

Die Zubereitung der Kulturen sowie der Gang der Behandlung nach Coley werden hier in ihren Hauptzügen dargestellt.

Gewöhnliche leicht alkalische Peptonbouillon wird nach fraktionierter Sterilisation an drei aufeinanderfolgenden Tagen auf Flaschen von 25—50 ccm Inhalt gefüllt, mit einer Bouillonkultur von virulenten Streptokokken besät und drei Wochen in den Brutschrank gestellt. Die Sterilisation der Kulturen nimmt Coley durch zweistündige Erhitzung auf 75° C vor. Er fügt dann der Flüssigkeit etwas Thymol (je ein erbsengroßes Stückchen auf eine Flasche zu 1 oz = c : a 28 ccm) zu.

Die Flüssigkeit wird im Eisschrank aufbewahrt. Sie darf nicht zu alt werden, nach Coleys Vorschriften nur einige Wochen.

Man beginnt natürlich mit einer kleinen Dosis, nach Coley $^1/_4$ minim = 0,015 ccm. Bei jeder Injektion wird dann die Dosis um $^1/_3$—$^1/_2$ minim = 0.02—0,03 ccm erhöht. Die größte Dosis, zu welcher Coley gestiegen, ist 12 minims (0,72 ccm).

Es scheint zweckmäßig zu sein, beim Beginn der Versuche von diesen schon durch Erfahrungen an Menschen festgesetzten Dosen auszugehen. Die Dosen können natürlich, und müssen wahrscheinlich im Laufe der Untersuchungen geändert werden, bis man zu den für

Digitized by Google

unser spezielles Ziel geeignetsten Gaben gelangt. Sehr wahrscheinlich wird es sich zeigen, daß die verschiedene Virulenz der verschiedenen Bakterienstämme eine vielleicht nicht unwesentliche Rolle zu spielen hat. Die Erfahrung muß uns hierüber nach und nach Auskunft geben. Vielleicht kann uns das Tierexperiment die für jedes Präparat geeignetste Dosis anzeigen, so daß man die Dosierung nicht nach Millionen Keime, sondern nach durch Testimpfungen an Meerschweinchen festgestellten „Toxineinheiten" abzuschätzen hat. Die Injektionen werden am besten, wenigstens anfänglich, subkutan oder intraglutäal vorgenommen.

Das Ziel der Behandlung muß ein womöglich hohes und kontinuierliches Fieber sein.

Die Dosen sowie die Dauer der Behandlung werden sich im Laufe der Versuche geben. Nach den Resultaten Weiss' zu urteilen, scheint es mir nicht zu kühn anzunehmen, daß es möglich sein wird, teils ähnliche rein abortive Heilungen, wie im ersten Falle Weiss', zu erzielen, teils durch ein kontinuierliches Fieber in etwa einer Woche, wenn nicht alle, so doch die allermeisten Gonorrhoen zu heilen.

Werden denn die Kranken auch ein so lang andauerndes Fieber ohne Schaden vertragen können? Gewiß. Behandelt doch Coley seine Sarkompatienten im allgemeinen ohne Unterbrechung 2—4 Monate lang. Die ganze Kur kann aber ohne Schaden über mehrere Jahre ausgedehnt werden. „The long-continued use of the toxins is not productive of harm."

Wenn der Effekt der Injektionen nicht ausreichend ist, und wenn dieselben andererseits gut vertragen werden, könnte man wohl auch die Möglichkeit, die Toxinen intravenös einzuspritzen, in Erwägung ziehen.

Literatur.

1. Nobl, Ergebnisse der ätiologischen Blennorrhoebehandlung. Kritische Übersicht. Derm. W., 1916, Bd. 62, S. 341. — 2. Bumm, Der Mikroorganismus der gonorrhoischen Schleimhauterkrankungen. Wiesbaden, 1887. 2. Auflage. Zitiert nach Nobl. — 3. Wertheim, Diskussion IV. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. Breslau, 1894. Zitiert nach Nobl. — 4. Finger, Ghon und Schlagenhaufer, Beiträge zur Biologie des Gonokokkus und zur pathologischen Anatomie des gonorrhoischen Prozesses. A. f. Derm., 1894, Bd. 28, S. 3 u. 277. — 5. Steinschneider und Schäffer, Zur Biologie der Gonokokken. B. kl. W., 1895, S. 984. — 6. Finger, Ghon und Schlagenhaufer, Ein weiterer Beitrag zur Biologie des Gonokokkus und zur pathologischen Anatomie des gonorrhoischen Prozesses. A. f. Derm., 1895, Bd. 33, S. 141. — 7. Scholtz, Beiträge zur Biologie des Gonokokkus. A. f. Derm., 1899, Bd. 49, S. 1. — 8. Jundell, Experimentella och kliniska undersökningar öfver Gonokokkus Neisser. Hygiea, 1900, Bd. 1, S. 604. — 9. Nobl, Klinischer Beitrag zur Biologie der Gonokokken. W. kl. Rdsch., 1901, Nr. 46 (Separatabdruck). — 10. Callari, Über die Thermotherapie der Blennorrhoe. „Giorn. ital. delle mal. vener., Ref.: Mh. f. pr. Derm., Bd. 23, S. 446. — 11. Jundell und Ahman, Über die Reinzüchtung des Gonokokkus Neisser. A. f. Derm., 1897, Bd. 38, S. 59. — 12. Santos, Carlos. Arch. d'Electricité méd., März 1913. — 13. Santos, Carlos, Sôbre o tratamento da gonorreia pela diatermia. Lisboa, 1914. — 14. Boerner und Santos, Über eine neue Art von Elektroden zur Behandlung der Gonorrhoe mittels Diathermie. M. Kl., 1914, Nr. 25 (Separatabdruck). — 15. Boerner und Santos, Über eine neue Art von Elektroden zur Behandlung der Gonorrhoe mittels Diathermie. Zschr. f. Urol., 1915, Bd. 9 (Separatabdruck). — 16. Krehl und Matthes, Über die Wirkungen von Albumosen verschiedener Herkunft, sowie einiger diesen nahestehender Substanzen. Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1895, Bd. 36, S. 437. — 17. Krehl und Matthes, Wie entsteht die Temperatursteigerung des fiebernden Organismus. Ibidem, Bd. 38. — 18. Matthes, Über die Wirkung einiger subkutan einverleibten Albumosen,

Digitized by Google

auf den tierischen, insonderheit auf den tuberkulös infizierten Organismus. D. Arch. f. kl. Med., 1985, Bd. 54. — 19. MÜLLER, PAUL, Zur Trennung der Albumosen von Peptonen. Hoppe-Seylers Zschr. f. physiolog. Chemie, 1898—99, Bd. 26. — 20. COLEY, The treatment of Sarcoma with the mixed Toxins of erysipelas und bacillus prodigiosus. The Boston Med. and Surg. Journ., Januar—June 1908, Bd. 158, S. 175. — 21. WEISS, Die Fiebertherapie der Gonorrhoe. M. m. W., 1915, Nr. 44. (Feldärztliche Beilage.)

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Über Nebenwirkungen des Quecksilbers und des Neosalvarsans bei kombinierter Behandlung, von CARL ALBIN HOFFMANN. (B. kl. W., 1917, Nr. 43.) Verfasser beschreibt einen Fall, bei dem unter Anwendung der kombinierten Behandlung, nachdem Hg schlecht vertragen worden, auf Hg-salicyl.-Injektionen Fieber, auf Schmierkur ein skarlatiniformes Exanthem aufgetreten war, nach Absetzung des Hg und Wiederaufnahme der früher gut vertragenen Neosalvarsan-Injektionen ein weiteres den Körper erheblich in Mitleidenschaft ziehendes Exanthem sich eingestellt hatte. Verfasser nimmt an, daß hier nicht ein Nebeneinander von zwei verschiedenen Nebenwirkungen vorlag, die nichts miteinander zu tun hatten, sondern daß die eine Nebenwirkung durch die andere bedingt wurde. Verfasser zieht daraus den praktischen Schluß, daß man, wenn bei einer kombinierten Hg-Salvarsankur das eine Medikament Schädigungen hervorruft, die sich auf Organe beziehen, die erfahrungsgemäß bei Nebenwirkungen des anderen Medikaments in Mitleidenschaft gezogen werden, damit rechnen muß, daß nach Auftreten der Nebenwirkungen des ersten Medikaments eventuell die Organe nicht mehr die vorher bewiesene Widerstandsfähigkeit gegen das zweite Medikament haben, sondern gegen dieses geschwächt sind, und daß man deshalb zunächst wieder vorsichtig mit kleinen Dosen versuchen muß, wie der Patient sich jetzt zu dem früher gut vertragenen Mittel verhält. Ein Verlassen der kombinierten Behandlung aber würde Verfasser für einen Rückschritt halten. E. Klemm-Leipzig.

Unsere Erfahrungen mit Salvarsan, von OSCAR NÄGELI. (Korr. Bl. Schweiz, 1915, Nr. 42.)

Die moderne Salvarsan-Syphilistherapie der Verfasser, von OSCAR NÄGELI. (Ther. Mh., 1916, H. 8—10.) In der ersten der beiden Arbeiten gibt N. eine vorzügliche Übersicht über die Erfahrungen, die in der Berner Klinik von Prof. JADASSOHN an 900 Fällen mit Salvarsan gemacht worden sind. Die Erfolge waren außerordentlich günstige. Bei etwa 7000 Salvarsaninjektionen hat JADASSOHN keinen auch nur mit einiger Wahrscheinlichkeit auf Salvarsan zurückzuführenden Todesfall erlebt. Hinsichtlich der Technik der Salvarsanapplikation tritt N. ausschließlich für die intravenöse Injektion ein. Die Meinung SCHINDLERS, daß die Gefährlichkeit des Salvarsans wesentlich in seiner intravenösen Darreichung begründet ist, besteht nicht zu Recht, da bei dieser Methode wirklich ernste Erscheinungen nicht beobachtet wurden. Um die Toleranz des Individuums auszuprobieren, wird zuerst 0,1—0,2 Salvarsan bzw. 0,15 Neosalvarsan gegeben. Nur bei hochgradigen Exanthemen, bei besonders schwächlichen oder alten Individuen, bei unsicheren Herzen oder bei wirklichen Herz- oder Nierenläsionen und endlich bei allen Erkrankungen des Zentralnervensystems wird noch weniger (0,05—0,077 Neosalvarsan) injiziert. Im Gegensatz zu NEISSERS Rat, nach der ersten Injektion eine Pause von 8—10 Tagen zu machen, um eventuelle Intoleranzerscheinungen abzuwarten, gibt die Berner Klinik schon nach 2—3 Tagen die zweite größere Dosis; nur bei den oben erwähnten gefährdeten Personen wird die Zwischenpause verlängert. Unzuträglichkeiten sind bei diesem Vorgehen nicht entstanden. JADASSOHN steigt von 0,1—0.2 Salvarsan bzw. 0,15—0,3 Neosalvarsan auf 0,2—0,3 (bzw. 0,3—0,45) und gibt bei Frauen nicht mehr als 0,3 Salvarsan bzw. 0,45 Neosalvarsan und bei Männern 0,4 Salvarsan bzw. 0,6 Neosalvarsan. Die Gesamtdosen für eine genügend energische erste Kur sind 2.5 Salvarsan (bzw. 3.0 Neosalvarsan) für Frauen und 3,0 Salvarsan (bzw. 4.5 Neosalvarsan) für Männer. Natürlich wird in bezug auf die Dosen und Intervalle nach

Digitized by Google

Möglichkeit zu individualisieren gesucht, je nach der Gesamtkonstitution des Individuums und den Intoleranzerscheinungen. Schädliche Wirkungen von einer Verkürzung der Intervalle auf 6 Tage, 5 Tage und sogar auf 4 Tage wurden selbst bei den größeren Dosen von 0.4 Salvarsan nicht beobachtet. Trotzdem empfiehlt es sich, an wöchentlichen Intervallen festzuhalten. Im allgemeinen wurde Hg und Salvarsan alternierend verabfolgt. In bezug auf die Hg-Methoden wurde von der Schmierkur nur in wenigen Fällen Gebrauch gemacht; die in der Dosierung so wesentlich exaktere Injektionsmethode wurde bevorzugt. In der Regel wurden ungelöste Präparate verwendet, am häufigsten das kurativ am energischsten wirkende Kalomel, und zwar besonders viel die 40%ige Suspension, nach dem Rezept von Zieler. (Kalomel 4,0, Ol. Dericini, Lanolini camphorat. āā ad 10.0.) Von diesem Mittel wurde zuerst 2—3 cg bzw. 2—3 Teilstriche der Zielerschen Rekordspritze gegeben, aber nicht höher als auf 5 cg zwei bis höchstens dreimal wöchentlichgegangen, im ganzen 0,5—0,7 Kalomel. [Von Hg-salicyl. oder thymolo-acet. (in 10% Emulsion mit Ol. amygdal. dulcium sterilisatum) wird im ganzen 0.8—1,2 gegeben.] Nach den Erfahrungen der Berner Klinik unterscheiden sich die kurativen Effekte des Salvarsans von denen des Neosalvarsans nicht wahrnehmbar, weder in bezug auf die klinischen Symptome noch in bezug auf die Seroreaktion. Ein Vorteil der Neosalvarsanbehandlung ist die größere Bequemlichkeit und der fast vollständige Wegfall der anaphylaktoiden Anfälle. Bezüglich der Dauer der ersten Kur hält sich die Berner Klinik im ganzen an das obige Schema; sie macht die Dauer nicht abhängig vom Ausfall der Wassermann-Reaktion. Ergab dann bei frischeren Fällen, daß auch 8—10 Wochen nach Beendigung der Kur die Wassermannsche Reaktion noch positiv war, so wurde die Kur ergänzt und es zeigte sich, daß dann oft einige wenige Injektionen genügten, um die Reaktion zum negativen Umschlag zu bringen. War das nicht der Fall, so mußte die Kur mehr oder weniger lange fortgeführt werden. Meist konnte schließlich doch der negative Wassermann erreicht und erhalten werden. Bei primären Fällen macht Jadassohn nach der ersten Kur meist nur in größeren Pausen Salvarsaninjektionen und benutzt diese auch als Provokation des Wassermann. Bei schon sekundären Fällen wurde auch bei ganz negativen Befund noch eine, wenn auch abgekürzte, kombinierte Kur vorgenommen. Wenn der Wassermann bei frischer Lues wieder positiv wird oder wenn wieder Symptome auftreten, wird eine neue gründliche kombinierte Behandlung vorgenommen, um so gründlicher, wenn sich dieses Umschlagen der Reaktion wiederholt. Bei längere Zeit zurückliegender Infektion, fehlenden Symptomen und positivem Wassermann wird meist wenigstens eine, bei positiv bleibendem Blut werden eventuell mehrere Kuren vorgenommen. Auf eine Umstimmung des Wassermann um jeden Preis wird verzichtet. Bei Paralyse, Tabes und Aortitiden wird man wohl nur dann immer weitere Kuren machen, namentlich mit Salvarsan, wenn sich mehr oder weniger deutliche Besserungen zeigen. Die Seroreaktion wurde in jedem Falle vor, während und am Schluß der Behandlung vorgenommen. Ein einmaliges positives Resultat bei fehlender Anamnese und negativem klinischen Befund gestattet nicht ohne weiteres das definitive Urteil Syphilis, besonders dann nicht, wenn nicht alle Antigene vollständig hemmen. In einzelnen Fällen von Tuberkuliden geben sonst gut bewährte Antigene vorübergehend positive Ausschläge. Bei den Frühluesfällen ohne Anhaltspunkte für Liquorveränderungen wurden nach Beendigung der ersten Kur nur relativ selten Veränderungen des Lumbalpunktats gefunden. Mit Rücksicht auf die Schwierigkeiten der Durchführung einer häufigen Untersuchung der Lumbalflüssigkeit wurde jedoch nur am Ende der Kur untersucht. Die Frage, ob man neben der Allgemeinbehandlung auch noch die Exzision oder sonstige Zerstörung des Primäraffektes vornehmen soll, hat an Bedeutung verloren, seit es gelingt, durch die energische Behandlung in der Primärperiode nahe an 100% „Heilungen“ zu erzielen. Die zuweilen nach Sekundär-Exanthemen zurückbleibenden blaß-bläulichroten Flecken, sowie die durch Fältelung der Epidermis und oberflächliche Weichheit charakterisierten Maculae atrophicae syphiliticae (Anetodermien) wurden durch Salvarsan ebensowenig beeinflußt wie das Leukoderm. Die Pseudochaucres indurés erwiesen sich gleichfalls als sehr resistent gegenüber Salvarsan, allerdings gehen sie auch mit Hg und Jod nur langsam zurück. Bei kongenital luetischen Kindern wurden bei Anwendung von Neosalvarsan in intramuskulären Injektionen in stark konzentrierter Lösung niemals unangenehme Nebenerscheinungen beobachtet. Die Umstimmung der Wassermannschen Reaktion bei kongenitaler Lues erscheint nicht so aussichtslos, wie vielfach behauptet wird. Die weiteren Beobachtungen an Neurorezidiven bestätigen die Anschauung, daß unzureichende Salvarsanbehandlung in ursächlichem Zusammenhang zu ihnen steht. Mit Rücksicht auf die häufigste Zeit

Digitized by Google

des Auftretens der Neurorezidive, 6—12 Wochen nach Abschluß der Behandlung, käme eine Fortsetzung der Behandlung durch einige Injektionen von Salvarsan gerade in dieser Zeit in Frage oder man könnte auch die letzten Salvarsaninjektionen der Hauptkur in größeren Pausen machen, um die Behandlung bis in die Zeit der Neurorezidivgefahr auszudehnen. Von weiterer Salvarsanbehandlung wird bei der kombinierten Hg-Salvarsankur Abstand genommen, wenn durch Hg bedingte Albuminurie auch nur in geringem Grade nachweisbar ist. Bei vor der Behandlung kranken Nieren wird zunächst immer nur reine Salvarsanbehandlung in sehr vorsichtigen Dosen gemacht und Hg erst dann hinzugefügt, wenn der Verlauf zu dem Schluß berechtigt, daß die Nieren durch die Syphilis erkrankt sind. Mit den unangenehmen Nebenwirkungen wird man am wenigsten zu tun haben, wenn man die individuelle Toleranz durch kleine Dosen ausprobiert, alle Kontraindikationen, die allerdings überhaupt nur gegen höhere Dosen aber nicht prinzipiell gegen Salvarsan bestehen, berücksichtigt, genügende Intervalle einhält und den Urin sorgfältig kontrolliert. Unbedingte Sicherheit aber gegen Nebenwirkungen haben wir ebensowenig wie bei anderen Medikamenten, da wir mit der „erworbenen Überempfindlichkeit" und mit der selbst bei intravenöser Applikation möglichen Kumulation rechnen müssen. Die ikterischen Erscheinungen bedeuten, wenn nicht ein schwereres Leiden, z. B. Cirrhose zugrunde liegt, an sich kein besorgniserregendes Vorkommnis. Drei Fälle von hochgradigerem Ikterus heilten nach Aussetzen der spezifischen Therapie unter Diät in relativ kurzer Zeit ab. In seiner zweiten Arbeit gibt N. dann eine Übersicht über die von anderen Autoren geübte Technik und Methodik der Salvarsantherapie; zum kurzen Referat, dem Inhalt entsprechend, ist diese Arbeit aber nicht geeignet. E. Brinitzer-Altona.

Zur Salvarsantherapie, von W. Lüth. (D. m. W., 1916, Nr. 51.) Um das Salvarsan möglichst restlos auszunutzen, soll man die Lösung so konzentriert wie möglich nehmen; je weiter man mit der Wassermenge herabgeht, desto länger kreist das Salvarsan im Blute. L. gibt Neosalvarsan 0,3 in 4 ccm, 0,45 in 5 ccm Wasser. Das Salvarsan gibt L., um vor allen die Infektiosität des Kranken schnell zu beseitigen; die Dauerwirkung der Behandlung sucht er aber zu erreichen durch energische Anwendung des weniger differenten Hg. Bei primärer Syphilis gibt er am ersten Tage 0,3 Neosalvarsan, am zweiten Tage Hydr. salicyl. 0,05, darauf jeden dritten Tag Hydr. salicyl. 0,1, im ganzen zehn Hg-Injektionen, dazu nach der achten oder neunten Injektion noch einmal Neosalvarsan 0,45. Vier Wochen nach der ersten Kur beginnt die zweite Kur; sie besteht in achtmal Hydr. salicyl. 0,1. Danach drei Monate Pause. Die dritte Kur besteht wieder in acht Hg-Injektionen. Von jetzt an nur noch Kontrolluntersuchungen des Blutes. L. hat bei diesem Vorgehen keine späteren Kuren anzuordnen nötig gehabt. Bei sekundärer Lues gibt L. bei der ersten Kur in der Mitte der Kur noch eine Neosalvarsaninjektion 0,45 mehr, bei der zweiten Kur neben acht Hg-Injektionen noch zweimal Neosalvarsan; nach drei Monaten dann die dritte Kur (acht Hg-Injektionen). Bei älteren Fällen von sekundärer Lues muß natürlich eine längere Zeit fortgesetzte Behandlung Platz greifen, aber auch hier ist es notwendig, daß sich die ersten Kuren nach kurzen Pausen folgen. E. Brinitzer-Altona.

Über einige an der medizinischen Klinik in Leipzig beobachtete Nebenerscheinungen der Salvarsaninjektion, von Johannes Schneider. (Diss. Leipzig, 1914.) Nach den Untersuchungen des Verfassers sind die Fiebersteigerungen nach Salvarsaninjektion zum größeren Teile auf verunreinigte Kochsalzlösung zurückzuführen. Doch spielt auch der Organismus insofern eine Rolle, als bei Infektionskrankheiten oder Organstörungen leichter Reaktionen auftreten. Die konzentrierten Injektionen erzeugen keine Reaktionen. Herpes zoster nach Salvarsan ist sehr selten, sein Vorkommen läßt nicht auf eine Neurotropie des Mittels schließen. R. Frühwald-Leipzig.

Die Behandlung der Syphilis mit Serieninjektionen von Salvarsan und Quecksilber, von Scholtz-Königsberg. (D. m. W., 1916, Nr. 34.) Die im Lazarett behandelten Syphilitiker erhalten von Sch. neuerdings folgende Behandlung: Nach etwa einwöchentlicher Hg-Anwendung wird 0,2 Altsalvarsan und am nächsten Tage 0,3 Altsalvarsan gegeben. Nach dreiwöchentlicher weiterer Hg-Anwendung erhält der Kranke nochmals an zwei aufeinanderfolgenden Tagen je 0,3 Altsalvarsan oder 0,3 Altsalvarsan und am nächsten Tage nur 0,2 Altsalvarsan. Danach nochmals reichlich acht Tage Hg-Kur, so daß die ganze Kur etwa sechs Wochen dauert. Da nach den Erfahrungen von Sch. die Angehörigen des Feldheeres etwas empfindlicher gegen Salvarsan sind als andere, so achtet Sch. darauf, daß selbst bei der geringsten Störung (leichte Kopfschmerzen, Schwindel, Zeichen allgemeiner Unruhe, Schlaflosigkeit oder abnorme Schläfrig-

Digitized by Google

keit, Appetitlosigkeit, abnorm hohe oder abnorm langsame Pulsfrequenz, leichte Albuminurie oder auffallend geringe Urinsekretion) die weiteren Salvarsaninjektionen unterlassen oder so lange aufgehoben werden, bis sich der Kranke wieder wohl fühlt. Meist werden diese leichten Störungen nur auf ausdrückliches Befragen angegeben. Es ist in solchen Fällen ratsam, bei der zweiten Salvarsanserie zwei bis drei Tage vor und zwei Tage nach der Salvarsaninjektion jede Hg-Behandlung fortzulassen und den Kranken leicht schwitzen zu lassen, da eine stärkere Sättigung des Körpers mit Hg das Eintreten von Salvarsanzufällen offenbar begünstigt. Die Gesamtdosis von Salvarsan ist bei Salvarsanempfindlichen bei der zweiten Serie etwas kleiner als bei der ersten zu nehmen. Außerhalb des Lazaretts gibt Sch. Serieninjektionen von dreimal Altsalvarsan: früh gegen acht Uhr 0,2—0.25; mittags gegen zwölf Uhr 0,25—0,3 Salvarsan, am zweiten Tage einmal 0,25—0,3. Frauen und schwächliche Männer erhalten etwas weniger. Sch. hält Altsalvarsan für weniger toxisch als Neosalvarsan. Bei Verwendung von Neosalvarsan sei besondere Vorsicht geboten; bei der zweiten Salvarsanserie ist alsdann eine Herabsetzung der einzelnen Dosen auf etwa dos II zu empfehlen. Voraussetzung für den guten Erfolg ist ferner, daß mit der geschilderten Salvarsanbehandlung eine energisch durchgeführte Hg-Kur verbunden wird, am besten als Kombination von Einspritzungen und Einreibungen. War bei der zweiten Salvarsanbehandlung die Wassermannsche Reaktion noch positiv, so wurde nach weiteren vierzehn Tagen Hg-Behandlung noch ein Salvarsantag mit zwei Injektionen zu 0,2 und 0,3 hinzugenommen. Das ist aber bei primären und frischen sekundären Fällen sehr selten notwendig. Sch. hat in der Privatpraxis auch weiterhin bei primärer Lues, auf diese Weise behandelt, noch nie einen Rückfall erlebt. Die Resultate wurden stets durch eine einzige Kur erzielt. Fälle von sekundärer Lues, die nach der ersten Behandlung rezidivieren, pflegen auch nach der zweiten und dritten Behandlung verhältnismäßig häufig (40—50%) wieder rückfällig zu werden, selbst wenn die zweite Behandlung besonders intensiv durchgeführt wird. Wahrscheinlich sind in solchen immerhin seltenen Fällen die Spirochäten besonders widerstandsfähig und sitzen vor allem in schwer zugänglichen Schlupfwinkeln. E. Brinitzer-Altona.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Geschichte der Pocken in Schleswig-Holstein, von Peter Hanssen-Kiel. (D. m. W., 1917, Nr. 17.) Die Berichte über Blattern in Schleswig-Holstein gehen sehr weit zurück, in manchen Kirchenbüchern liegen Nachrichten aus dem 16. Jahrhundert vor, einzelne Nachrichten sind sogar noch älter. Es ist durch verschiedene Urkunden verbürgt, daß schon im Jahre 1791 die Kuhblattern eingeimpft wurden, und zwar geschahen die Impfungen mit Kuhblattern durch einen Lehrer Plett zu Hasselburg im Gute Wittenberg. Diese Impfungen wurden also 5 Jahre vor Jenner ausgeführt. Dr. Heinze, dem Plett später beim Impfen half, war der erste, welcher im Jahre 1792 zuerst im großen die Kuhblattern einimpfte, er impfte über 1000 Kinder und Erwachsene. Auf der Insel Föhr wurde im Jahre 1802 mit Impfungen der Anfang gemacht. Nach Ablauf des Jahre 1812 durfte kein Prediger jemanden zur Konfirmation annehmen oder kopulieren, der nicht erweisen konnte, daß er die Blattern gehabt habe oder vakziniert sei. Auf Sylt wurden die ersten Impfungen 1802 gemacht, auf Helgoland 1798. Im Jahre 1871 wurden, ebenso wie in Hamburg, die Blattern durch französische Gefangene in Schleswig-Holstein eingeschleppt. 10000 Menschen erkrankten in diesem Jahre in Schleswig-Holstein an Blattern, 2,7‰ starben auf 1000 Einwohner.

E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Der Wiener Stadtrat hat einen an der dortigen Lupusheilstätte vorbeiführenden Straßenzug zur Erinnerung an deren Begründer Eduard Lang-Gasse benannt.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift.

9. November 1918 | Nr. 45 | Band 67

Erfahrungen mit Radiumbehandlung.

Von

Prof. Dr. Franz v. Krzysztalowicz in Krakau.

Die Lichttherapie wurde in den letzten Jahren, was die Krankheitsgruppen und Lichtarten anbelangt, in sehr großem Umfange zu Heilzwecken ausgenutzt. Neben Röntgenstrahlen, welche jetzt in verschiedenen Medizingebieten so allgemein in Gebrauch kommen, besitzen wir noch verschiedene andere Lichtquellen als Behandlungsmethoden, die die erwähnten Strahlen teils ergänzen, teils an ihrer Stelle gebraucht werden können. Heute sind wir schon in dieser glücklichen Lage, daß wir abhängig von der Krankheitsart oder -gestalt, zuweilen auch von den Lebensbedingungen der Kranken, diese Strahlen zur Anwendung wählen können, durch welche man am schnellsten die positiven und kosmetisch besten Resultate erreichen kann. Fast alle die bekannten Strahlengattungen können je nach der Belichtungsmethode oberflächliche oder tiefe Wirkung haben. Zahlreiche Experimente mit diesen verschiedenen Lichtquellen, welche in der Therapie eingeführt, große Erfahrungen, welche in verschiedenen Gebieten, in verschiedenen Kliniken und durch verschiedene Autoren gesammelt wurden, haben zur Differenzierung verschiedener Belichtungsmethoden gebracht; nun sind wir imstande zu bewerten, daß die einen Methoden bei irgend einer Krankheitsform viel mehr sichere Erfolge ergeben werden als die anderen, daß man mit den einen zu kosmetisch schöneren Resultaten kommen darf als mit den anderen, welche schneller zum Ziele führen, ohne jedoch in kosmetischer Hinsicht zu befriedigen. Aber auch eine und dieselbe Lichtgattung kann, was die Raschheit und Kosmetik anbelangt, verschiedene Erfolge hervorrufen — je nachdem, auf welche Weise die Bestrahlung vorgenommen wurde. Endlich können noch die Belichtungsmethoden in dieser Hinsicht differenziert werden, daß die einen ein eingeengtes Therapiegebiet besitzen und die anderen in fortwährend ausgedehnterem Gebiete bearbeitet werden.

Seit der Entdeckung der Radioaktivität durch Henri Becquerel hat die Therapie durch diese Bestrahlungsart große Fortschritte gemacht, obwohl erst nach den Untersuchungen von P. Curie und Marie Sklodowska-Curie die radioaktiven Körper in die Behandlung eingeführt wurden. Die anfangs als ganz ungeeignet angewendete Methode wurde in Frankreich durch Wickham und Degrais vervollkommnet. Die letzteren Autoren haben die Dosierung der Radiumstrahlen durch Einschalten von Filtern ermöglicht. Diese Dosierungsmöglichkeit wurde durch Einlegen von verschiedenen Filtern aus Aluminium und Blei erlangt, wodurch wir jetzt imstande sind, die gewünschte Strahlenart zu wählen. Auf die Bedeutung

Digitized by Google

der Filtration der Strahlen hat schon im Jahre 1905 WICHMANN hingewiesen, die erwähnten französischen Autoren jedoch haben dieses wichtige Postulat praktisch durchgeführt.

Es ist seit Untersuchungen von RUTHEFORD und RAMSAY bekannt, daß die Strahlen von Radium in drei Hauptgruppen, die man mit α-, β- und γ-Strahlen bezeichnet, zerlegt werden. Die α-Strahlung macht ungefähr 31 % der Gesamtstrahlung aus und wird durch eine Schicht Papier oder Stanniol gänzlich absorbiert. Während die α-Strahlen positive Ladung besitzen, haben die β-Strahlen eine negative und sind den Kathodenstrahlen vergleichbar. Je nach dem Durchdringungsvermögen sind 20 verschiedene Arten von β-Strahlen bekannt, praktisch jedoch teilt man sie in weiche und harte Strahlen ein. Die letzteren besitzen größeres Penetrationsvermögen als die weichen. Die γ-Strahlen sind in einiger Hinsicht den Röntgenstrahlen vergleichbar und haben die Eigenschaft, auch dicke Metallschichten zu durchdringen.

Der prozentuale Anteil der einzelnen Strahlungsgattungen wird beim unbedeckten Radium etwa wie folgt angegeben: α-Strahlen 90 %, β-Strahlen 9 %, γ-Strahlen 1 %. Durch die Umhüllung oder durch angewandte Firnisse wird dieses Verhältnis stark verändert, denn, da die α-Strahlen beinahe gänzlich verloren gehen, überwiegen die β-Strahlen, welche den Hauptfaktor der Therapie bilden.

Indem in Deutschland Radium am meisten in Hülsen, Dosen, Kapseln, Röhren und in feiner Zerteilung der Salzkörnchen gebraucht wird, haben WICKHAM und DEGRAIS die durch die Fabrik Armet de Lisle hergestellten Apparate eingeführt, welche darauf beruhen, daß ein radiumhaltiger Firnis (durch DAMME eingeführt) auf die Metallarmatur überzogen wird. In solchem Apparate sind die α-Strahlen fast gänzlich absorbiert und zum Gebrauch kommen nur die β- und γ-Strahlen.

Als Filter wurde Aluminium von $^1/_{100}$—1 mm Dicke und Blei von $^1/_{10}$—1 mm und mehr gebraucht. Um die sogenannten sekundären Strahlen einzuhalten, legt man, besonders bei längeren Bestrahlungen, zwischen Filter und Kautschuk noch schwarzes Papier ein. Im allgemeinen ist die Absorption der Strahlung der Dicke der angewendeten Metalle proportional.

Auf diese Weise durch Anwendung von verschiedenen Filtern ist es ermöglicht, je nach der Tiefe der behandelten Krankheitserscheinungen, tief oder oberflächlich mit den Strahlen zu wirken. Die Zeit der Wirkung soll auch je nach der Dicke des Filters gewählt werden; im allgemeinen: ist der Filter dicker, muß die Zeit auch länger sein.

Indem bei den oberflächlichen Läsionen ganz dünne Filter oder keine Umhüllungen gebraucht werden und die Bestrahlung nur kurze Zeit dauern soll, können bei den tiefliegenden Veränderungen, was die Zeit und Filter anbelangt, zweierlei Methoden angewendet werden; man kann z. B. auf ein tiefgelegenes pathologisches Gewebe durch eine starke Bestrahlung ohne Filter in kürzerer Zeit die Wirkung entfalten — oder diese Affektion längere Zeit mit filtrierten Strahlen behandeln. In dem ersteren Falle wird die stärkere Reaktion zum Vorschein kommen, der auch eine Destruktion der Gewebe nachfolgen kann, bei der zweiten Methode erscheint die Reaktion viel später, ist nicht oberflächlich, ohne Destruktion, verschwindet

Digitized by Google

langsam und hinterläßt gewöhnlich schönere kosmetische Resultate. Die Wahl dieser oder jener Methode, einer stärkeren und rascheren oder langsameren und milderen, richtet sich nach dem Fall und der Form der behandelten Krankheit und ist auch von der Erfahrung des Arztes abhängig.

Bei der Ausführung der Bestrahlungen sind daher im allgemeinen zwei verschiedene Arten zu unterscheiden: oberflächliche mit α- und weichen β-Strahlen, kurze Belichtungen, ohne oder mit schwachen Filtern — und tiefe, mit harten β- und mit γ-Strahlen, lange oder auch oftmals wiederholende Expositionen mit starker Filtrierung.

Zur Behandlung der im folgenden erwähnten Krankheitsfälle habe ich zwei französische Apparate von der Fabrik Armet de Lisle gebraucht:

1. Apparat von 1 qcm Oberfläche, Radium in Firnis — Stärke 500000 Einheiten.

2. Apparat von 4 qcm Oberfläche, Radium in Firnis — Stärke 200000 Einheiten für 1 qcm.

Die Radiumbestrahlung wurde von mir bei folgenden Hautveränderungen angewendet: Epitheliome (29), Hauttuberkulose (11), Angiome verschiedener Art und Form (20), pigmentierte Muttermäler (10), Lupus erythematosus (1), Keloid (3), Rhinophyma (2), Lichen ruber corneus (1), Verrucae juveniles (1), Neurodermitis (3), Acne indurata cicatrisans (2), zusammen bei 83 Fällen.

Es kamen Fälle aus der Privatpraxis, aus der Krakauer dermatologischen Klinik und aus der Poliklinik des Spitales der Barmherzigen Brüder in Krakau zur Behandlung.

Unter den 29 Fällen von Hautepitheliomen waren meistens solche des Gesichtes, hauptsächlich der Wangen, der Augenwinkel, der Nase, der Oberlippe und der Röte der Unterlippe. Fast ausschließlich wurden oberflächliche Neubildungen belichtet, von verschiedener Größe (Erbse bis Fünfkronenstück), in der Mitte mehr oder weniger exulzerierte oder mit Krusten bedeckte, einzelne oder mehrere bei demselben Patienten. Nur ausnahmsweise kamen tiefgreifende kankroide Epitheliome vor. In einem Falle hat ein kankroides Geschwür fast die ganze, teilweise zerstörte Nase, die angrenzenden Wangenteile und Oberlippe bei einem 50jährigem Weibe angegriffen, bei welchem das chirurgische Eingreifen unmöglich war.

Bei der Belichtung habe ich dieses Prinzip im Auge behalten, um die Neoplasmen — ohne stärkere oberflächliche Reaktion hervorzurufen — zum Schwinden zu bringen. Deshalb habe ich nur die ganz trockenen, mit dickem Epithel bedeckten Epitheliome oder die Randstellen ohne Filter belichtet, bei den anderen dagegen, besonders den exulzerierten, wurden Aluminiumblätter ($^1/_{100}$, $^4/_{100}$—$^1/_{10}$ mm, auch dickere) angewendet. Auf diese Weise erzielt man tiefere Reaktion, nicht selten deutliche Ödeme nicht nur der exponierten Epitheliomteile, sondern auch der Umgebung und an der Oberfläche eine dünne flache Kruste. Die Behandlungsdauer verzog sich durch den Gebrauch der Filter zweifelsohne etwas länger, die Reaktion trat etwas später ein, nicht selten erst nach 15—20 Tagen, es wurde jedoch der kosmetische Effekt immer schöner als bei den filterlosen oberflächlichen Bestrahlungen. In der Mehrzahl der Fälle wurden die Ergebnisse schon nach $1^1/_2$—2stündiger Belichtung ganz günstig; die Neubildungen verschwanden schnell nach der Reaktion (3—6 Wochen),

Digitized by Google

indem sie schöne, wenig eingesenkte, glatte Narben hinterlassen haben. Die Einsenkung wurde natürlich von der Tiefe des Geschwüres abhängig, es wurden jedoch in keinem Falle irgend welche Einziehungen bemerkbar, was bei besonderer Lokalisation, z. B. in den Augenwinkeln oder nahe den Augenlidern von großer Bedeutung war, da an diesen Stellen die eingezogenen Narben großen Schaden zur Folge haben könnten.

Größere Beachtung verlangt der erwähnte Fall von ausgedehntem Gesichtsepitheliom, welches große geschwürige Fläche hervorgerufen hat. Eine energische Belichtung ohne Filter vor den Randpartien angefangen, dann in der mittleren Partie mit Filter ($^1/_{10}$—$^2/_{10}$ Aluminium), hat in verhältnismäßig kurzer Zeit (über 3 Monate) zur Vernarbung geführt.

Der zweite Fall, welcher größeres Interesse erweckt, betrifft einen 26jährigen Mann, welcher mit einem zweihellerstückgroßen, an der Oberfläche exulzerierten Epitheliom der Unterlippe behaftet war. Die Neubildung dauerte schon über ein Jahr, die Submaxillardrüsen waren jedoch nicht zu finden. Die $1^1/_2$ Stunde dauernde Belichtung ohne Filter hat nach einigen Wochen eine glatte Narbe zurückgelassen, der Kranke betrachtete sich als geheilt. Trotz Ermahnungen ist der Kranke erst nach 10 Monaten in der Klinik erschienen, und zwar mit folgenden Krankheitszeichen: an der Stelle des überstandenen Neoplasmas ist eine fleischige Narbe, in der Lippe gut tastbar, geblieben, und an der Peripherie hat sich eine kleine, hirsekorngroße, flache, mit verdicktem Epithel bedeckte Papel gebildet. In Anbetracht der Dicke der Narbe wurde nicht nur die frische Papel, sondern auch die früher befallene Stelle mit demselben stärkeren Apparate (Nr. 1) durch zwei Stunden (Aluminiumfilter $^1/_{10}$) belichtet. Das tief greifende Ödem, welches in einigen Tagen nachfolgte, verschwand allmählich, und die Oberfläche bedeckte sich mit dicker Kruste, wonach eine glatte, leicht gepreßte, ohne Infiltrationsspur gebliebene Narbe zum Vorschein kam. Denselben Kranken habe ich $1^1/_2$ Jahre später gesehen, ohne an demselben irgend welche krankhafte Zeichen zu bemerken.

Bei allen diesen Epitheliomfällen wurde der kleine, aber stärkere Apparat (Nr. 1) angewendet.

Obwohl die Resultate in den Fällen von Hautepitheliomen immer sicher und in so kurzer Zeit schmerzlos und kosmetisch günstig zu erreichen sind, ist diese Behandlungsmethode bei derartigen Neoplasmen der Schleimhäute absolut nicht ratsam. Unter den erwähnten 29 Epitheliomen sind drei solche ungünstig behandelte Fälle: ein Fall von Epitheliom der inneren Fläche der kleinen Schamlippe (bei 50jähriger Frau), der zweite von anfänglichem Zungenepitheliom, verbunden mit Leukoplakie, der dritte von exulzeriertem Neoplasma an der Analöffnung, das ein Rezidiv nach operiertem Mastdarmkarzinom bildete. Bei allen diesen drei Fällen war das Resultat gänzlich ungünstig, da die Epitheliome, obwohl sie nach starken und längeren Belichtungen eine Neigung zur oberflächlichen Vernarbung zeigten, sich bald danach in der Oberfläche verbreiteten und einen malignen Charakter anzunehmen schienen. Ich habe deshalb später, diese ungünstigen Versuche im Gedächtnis behaltend, niemals beim Schleimhautepitheliom Radium angewendet, weil derartige Fälle, meiner Meinung nach, so schnell wie möglich in die Hände eines Chirurgen gelangen sollen.

Digitized by Google

Die zweite Reihe von Fällen, bei welchen mit den bis jetzt gebrauchten zahlreichen Methoden die Resultate, nicht selten von sehr zweifelhaftem kosmetischen Wert, erlangt wurden, bilden die Hämangiome verschiedener Größe und Anordnung. Unter den 20 von mir behandelten Fällen waren flache Angiome mit unveränderter Hautoberfläche (Weinflecke, Naevus flammeus), sehr verschiedener Größe, von kleinen sternförmigen bis zu großen, die Gesichtshälfte einnehmenden Flecken. Einige Fälle (7) gehörten zu den erektilen Hämangiomen, bei Kindern, von Erbsengröße bis zur Erhabenheit, welche einige Zentimeter in der Länge und Breite, meistens im Gesicht oder am Hals, einnahmen. Einer von diesen Fällen gehört zu den Seltenheiten: Bei einer 20jährigen Patientin wurden zahlreiche Hämangiome von verschiedener Gestalt (flache und erhabene), welche die rechte Gesichtshälfte von der Stirn bis zum Kinn, den Hals nach vorn und hinten bis zur Mittellinie, nach unten bis zum Schlüsselbein einnahmen, beobachtet. Einige von den erhabensten Tumoren wurden schon, bevor die Kranke in unsere Hände gelangte, mit Elektrolyse behandelt; der Erfolg war jedoch nur insoweit deutlich, daß an der Stelle einiger zum Schwinden gebrachter Gefäße (nicht ganzer Tumoren) häßliche keloidartige Narben, welche sich erst unter Radiumtherapie abflachten, entstanden. Die Behandlungsdauer verzog sich natürlich in diesem Falle über ein Jahr.

Die größten Schwierigkeiten, was die kosmetischen Resultate anbelangt, trifft man bei den flachen Angiomen (Feuermälern), bei welchen nur ein erweitertes Gefäßnetz durch die normale Haut durchleuchtet. In diesen Fällen sind wir verpflichtet, die Gefäße zur Atrophie zu bringen, ohne die Hautoberfläche zu schädigen, d. h. ohne irgend welche Narben zu hinterlassen. Wir sollen deshalb in denjenigen Fällen entsprechend starke Filter anwenden und die Zeit der Belichtung nicht zu viel verlängern. Es muß deshalb dieses Prinzip beobachtet werden, daß man die flachen Angiome eher langsam und vorsichtig, als schnell und mit starker Wirkung behandeln soll. In einigen Fällen von solchen unbedeutenden Feuermälern genügte eine einstündige Belichtung mit stärkerem Apparate (von 500000 Einheiten) und mit Filter von Aluminium ($^1/_{10}$ mm), um die Gefäße zum Schwinden zu bringen. Zeitweise wurde nach 10—14 Tagen eine leichte Rötung und Schwellung mit nachfolgender Schuppung beobachtet, die Hautoberfläche blieb nach Verschwinden der Reaktion ganz normal. Es soll noch zugegeben werden, daß in solchen Fällen viel Geduld notwendig ist, da die Gefäßatrophie sehr oft erst nach längerer Zeit (2—3 Monate) eintritt.

In den Fällen von erhabenen und schwellfähigen angiomatösen Tumoren ist die Behandlung viel einfacher, denn die Belichtung muß, ob mit oder ohne Filter, nach oberflächlicher oder tiefer Einwirkung eine wenn nicht oberflächlich narbige, so doch atrophische, gesunkene Stelle zum Erfolge haben. Es soll dabei jener Umstand berücksichtigt werden, daß nach einer starken Belichtung, wenn größere Gefäße erweitert sind, bei der Schädigung der entstandenen dicken Kruste eine Hämorrhagie aus den erweiterten und gereizten Gefäßen entstehen kann.

Was die Zeit und Weise der Belichtung anbelangt, bilden die verrukösen, stark pigmentierten Nävi einen Gegensatz zu den Angiomen,

Digitized by Google

besonders die behaarten. Unter den zehn behandelten Nävi gehörten zwei zu den harten, acht zu den behaarten weichen Muttermälern. Bei der ersteren können die epithelialen Erhabenheiten mit Belichtung viel leichter als das Pigment abgeschafft werden. Die Pigmentreste bleiben noch immer da, obwohl die Oberfläche ganz glatt und zuweilen leicht eingesunken erscheint. Es genügt, das histologische Bild im Gedächtnis zu behalten, um zu verstehen, daß in den Fällen von hartem Nävi starke und langdauernde Belichtungen gebraucht werden müssen, um die große Pigmentmenge und die dicken Epithelschichten zum Schwinden zu bringen. Es ist daher bemerkenswert, daß 2—3stündige Beleuchtungen mit starken Apparaten und ohne Filter in solchen Fällen nur unbedeutende Reaktion hervorgerufen haben.

Bei den weichen Muttermälern gelingt die Abflachung der erhabenen Stelle ganz leicht, und die Schwierigkeit bildet jener Umstand, die Haare zum Ausfallen zu bringen, besonders in jenen Fällen, in welchen die Haare nicht als Wollhaare, sondern stark entwickelt und dunkel gefärbt zum Vorschein kommen. Um das Pigment und die Erhabenheit der Nävi zum Schwinden zu bringen, genügte meistens eine $1^1/_2$—2stündige Belichtung ohne Filter, zuweilen auch mehrmalige, wenn sich das Pigment in größerer Menge befand. Wenn die Haare noch teilweise an den belichteten und meistens depigmentierten Stellen geblieben sind, mußte noch eine tiefere (mit Aluminiumfilter $^4/_{100}$—$^4/_{10}$) Beleuchtung gebraucht werden. Nach dem Schwunde solcher weichen Muttermäler waren die Narben immer glatt und nur zuweilen unter der Hautoberfläche eingesunken.

Die Lichtbehandlung der Hauttuberkulose ist jetzt allgemein im Gebrauch, hauptsächlich natürlich mit den ultravioletten Strahlen. Die Behandlung durch Radium nimmt nur eine sehr beschränkte Stelle ein, denn nur an kleinen Stellen und in jenen Fällen, in welchen die Exzision eine Umgestaltung, also einen ungünstigen Effekt, nach sich ziehen könnte. Ich habe deshalb in meinen Fällen nur unter den angeführten Bedingungen und im Gesicht Radium vorgezogen. In drei anfänglichen Lupusherden im Gesicht, welche etwa eine Kronengröße erreicht haben, habe ich mit gutem Erfolge stärkeren Apparat angewendet (ohne Filter und mehrere Stunden mit Intervallen). In anderen, schon behandelten Fällen bildete diese Methode nur ein Hilfsmittel für einzelne Herde, nebst Anwendung von Pyrogallolsalbe, grüner Salbe und der Spickmethode. In einem Falle von papulo-nekrotischem Tuberkulid im Gesicht (von Erbsengröße) war das Resultat nach zwei einstündigen Belichtungen (ohne und mit Filter) sehr günstig, denn die Tuberkel sind schnell, eine unbedeutende Narbe hinterlassend, verschwunden.

Unter anderen behandelten Krankheiten lenkt auf sich die Aufmerksamkeit ein Fall von Lupus erythematosus des Gesichts, welcher allen angewendeten Methoden trotzte und welcher in großer Ausbreitung die Nase und große Gesichtsflächen einnahm. Die Belichtung mit dünnem Filter ($^1/_{100}$ mm Aluminium) durch eine Stunde einer Stelle neben der anderen hat eine starke Reaktion mit nachfolgender dicker Kruste hervorgerufen. Nach dem Abfallen der Kruste ist eine glatte, leicht eingesunkene, deutlich narbige, hier und da mit erweiterten Gefäßen versehene Stelle zurückgeblieben.

Digitized by Google

Die Keloide bilden einen dankbaren Gegenstand der Radiumbehandlung. In drei solchen Fällen (zwei Keloide nach der Verbrennung, einer nach dem Gebrauch von Salpetersäure für Verrucae) habe ich ganz günstige Resultate nach einmaliger tiefer Belichtung (Filter $^{8}/_{100}$ mm Aluminium) durch zwei Stunden erzielt. Die Reaktion war meistenteils ziemlich stark (deutliche Rötung und Schwellung) ohne oberflächliche Reizung. Nach der Behandlung blieb eine glatte, nicht erhabene und unbedeutende Narbe, welche, anfangs rosarot, nach einigen Wochen erblaßte.

Interessante Effekte wurden bei den Fällen von hochgradigem Rhinophyma bei zwei älteren Männern beobachtet. Die Haut an der Nase war nicht nur stark verdickt, hier und da kamen auch höckerige Erhabenheiten zum Vorschein. Ich habe diese Fälle mit und ohne Filter beleuchtet, um eine oberflächliche in Form einer Kruste und eine tiefe mit Einwirkung auf die Gefäße, in Form einer deutlichen Schwellung erscheinende Reaktion zu erreichen. Das Resultat war in dieser Hinsicht günstig, daß die tuberösen Auswüchse verkleinert wurden und die Haut viel dünner und weniger fleischig geworden ist. Der Effekt scheint auch dauerhaft zu sein, da bei dem einen Patienten nach einem Jahre keine Verschlimmerung zu konstatieren war.

Aus den weniger bedeutenden krankhaften Prozessen sind noch zwei Fälle von vergrößerten entzündlichen Talgdrüsen (Acne indurata) zu notieren. In beiden haben die Geschwülste mehr als die Erbsengröße erreicht und waren für die Patienten dadurch lästig, daß sie, im Gesicht sitzend, einem entzündlichen Zustand von Zeit zu Zeit unterlagen. Eine $1^{1}/_{2}$—2stündige Belichtung mit Filter bis $^{1}/_{10}$ mm Aluminium genügte, um eine Hyperämie und entzündliche Schwellung in den tieferen Schichten der Haut hervorzurufen. Nach dem Verschwinden der Reaktionserscheinungen wurden die Infiltrate abgeflacht und blasser, wonach endlich glatte unbedeutende Narben zurückgeblieben sind.

Drei Fälle von umschriebenen, chronischen, juckenden Ekzemen, welche Brocq Neurodermitis zu nennen pflegt, bildeten einen Beweis, daß auch bei dieser oberflächlichen, jedoch langdauernden und lästigen Affektion günstige Resultate zu erwarten sind. In solchen Fällen habe ich eine Belichtung mit dem schwächeren Apparate (200000 Einheiten), ohne Filter und mit schwarzem Papier versehen, angewendet. Die Einwirkung von weichen β-Strahlen durch 30—60 Minuten haben zur oberflächlichen Entzündung, welche nach einigen Tagen erschien, geführt. Etwas früher verschwand das Jucken der ekzematösen Stellen, weshalb der Kranke sich nicht mehr kratzte und infolgedessen die Erscheinungen der künstlichen Reizung schnell verschwanden. Die einmalige Belichtung konnte jedoch die Plaques nicht zum Schwinden bringen; erst die nachfolgende, nach einiger Zeit vorgenommene zweite, ja auch dritte Belichtung, ermöglichte die Effloreszenzen wegzuschaffen, indem an diesen Stellen hier und da oberflächliche Narben verblieben, besonders dort, wo schon vorherige Behandlung, lange Dauer und mechanische Reizung zur Vernarbung führte.

Nur in einem einzigen Falle von Lichen ruber corneus war Radium in Gebrauch. Der kleine Apparat wurde einmal durch eine Stunde und mit Aluminiumfilter von $^{1}/_{10}$ mm Dicke, das zweitemal mit viel schwächerem

Digitized by Google

($^1/_{100}$ mm) auch eine Stunde eingelegt, wodurch eine tiefere Reaktion in den Infiltraten und eine oberflächliche im veränderten Epithel zu wünschen war. Das Resultat war, obwohl nach längerer Zeit (einige Wochen), ganz gut, denn die Papeln verschwanden gänzlich nach starker Reaktion, noch weniger Pigment in der Haut hinterlassend, wie das gewöhnlich nach dem Verschwinden der Lichenpapeln zutage tritt.

Es wurden auch nicht lange dauernde juvenile Verrucae an den Fingern zum Schwinden gebracht, indem man dieselben 2—3mal durch eine Stunde mit Intervallen von mehreren Tagen und mit Aluminiumfilter ($^4/_{10}$ mm) belichtet hat, ohne jedoch irgend welche äußere oder innere Mittel anzuwenden.

Ich möchte zum Schlusse das histologische Bild eines bestrahlten, verhornten, nicht exulzerierten Gesichtsepithelioms beschreiben. Zu diesem Zwecke wurde ein Stückchen am zwölften Tage nach der Bestrahlung (durch $1^1/_2$ Stunde, mit Aluminiumfilter $^1/_{10}$ mm) ausgeschnitten. Makroskopisch wurde am neunten Tage nach der Belichtung eine Schwellung und leichte Rötung auch der Umgebung bemerkbar, nach einigen Tagen ist jedoch das leichte Ödem fast gänzlich verschwunden, ohne irgend welche oberflächliche Reaktion zu hinterlassen. Ich habe absichtlich nur mit harten β-Strahlen belichtet, um die tiefe Reaktion beobachten zu können. Die zurückgebliebene Partie des auf diese Weise belichteten Epithelioms hat sich zurückgezogen und nach drei Wochen in eine ganz glatte Narbe verwandelt.

In dem ausgeschnittenen Epitheliomteile sind die reaktiven Erscheinungen hauptsächlich in der eigentlichen Haut zu sehen. In diesem anfänglichen Stadium der Reaktion kommen die erweiterten Gefäße am meisten zum Vorschein. Das Ödem der ganzen infiltrierten Partie ist dadurch gekennzeichnet, daß die Infiltrationszellen mit geschwollenem Zytoplasma zutage treten. Das Granoplasma ist spärlicher, und die ganze Zelle ist mehr abgerundet. In den Kernen erscheint Chromatin nicht in so deutlich abgesonderten Brocken, sondern scheint mehr diffus zu sein. Durch dieses Ödem sind die Plasmazellen nicht so scharf von den Fibroblasten, welche sich zwischen den ersteren auch zahlreich befinden, abzutrennen. Diese Erscheinung des Ödems ist am meisten in den Plasmonen, die die Epithelzapfen des Epithelioms umgeben, ausgeprägt, obwohl die Erweiterung der Gefäße auch in den unteren Partien der Haut sichtbar ist. Unter den Infiltrationszellen kommen auch die Mastzellen verhältnismäßig zahlreich zum Vorschein. Die Gefäßendothelien scheinen auch der Schwellung zu unterliegen, da sie deutlicher in den Lumina hervortreten.

An der Oberfläche des untersuchten Epitheliomstückes, welches zu dem Stachelzellentypus gehörte, waren keine Reaktionszeichen wahrzunehmen. Die Zellen der epitheliomatösen Zapfen, welche stark entwickelt und in der Mitte verhornt hervortraten, waren etwas geschwollen, hier und da vakuolisiert und schwächer färbbar. Die Kerne waren hier und da geschrumpft.

Aus diesem Bilde könnte man also schließen, daß die anfängliche Reaktion sich im Bindegewebe, welches die neoplasmatischen Epithelzapfen umgibt, entwickelt, was Exner in seinen Fällen beobachtet hat. Derselbe Autor hat die Störung des Wachstumsgleichgewichtes zwischen

Digitized by Google

Bindegewebe und Karzinomzelle als Ursache der Heilung nach der Radiumbestrahlung angesehen. Man sieht eigentlich die gesteigerte Proliferation des Bindegewebes, welche durch die Umwandlung der Infiltrationszellen in Bindegewebszellen anfängt.

Strahlende Energie in der Behandlung der Hautkrankheiten[1]).

Von

Dr. Everett S. Lain in Oklahoma City.

(Übersetzt von Dr. A. Gunsett-Straßburg i. E.)

Bei den Kenntnissen, die wir heutzutage von der strahlenden Energie und den physikalischen Gesetzen haben, denen sie untersteht, sei es, daß sie ihren Ursprung der Sonne oder einer elektrischen Kraft verdankt, kann kein Arzt mehr die Bedeutung der Strahlentherapie leugnen. Sogar die geriebenen Kaufleute haben ihren Wert erspäht und haben ihre Erzeugnisse „Radiumdiamant", „Ultraviolettlösung", „Röntgenstrahlenhaltige Getreidemixtur" getauft.

Die Strahlentherapie ist längst dem Stadium des Tastens entronnen und eine festbegründete Wissenschaft geworden, die immer mehr Gebiete für sich erobert und in immer zahlreichere Spezialgebiete der Medizin übergreift.

Eine chirurgische Diagnose ohne die Hilfe der Röntgenstrahlen ist geradezu undenkbar geworden. Eine Diagnose oder Therapie innerer Krankheiten unter Mithilfe der strahlenden Energie in irgend einer Form ist ein tägliches Vorkommnis, ja bei den Dermatologen ist sie zu einem der wichtigsten Hilfsmittel der Therapie geworden.

Die Formen und Quellen der strahlenden Energie, welche der Dermatologe benutzt, sind so zahlreich geworden, daß ich deren hier nur einige wenige erwähnen kann. Von diesen sind am gebräuchlichsten das Finsenlicht, die violetten Strahlen, die Hochfrequenzeffluvien, das Radium und die Röntgenstrahlen.

Ich habe bis jetzt keine eigene Erfahrung mit Finsen- und Radiumstrahlen; ich muß deshalb die Besprechung dieser beiden Mittel anderen überlassen, denen eine genügende Erfahrung zu Gebote steht und den von ihnen mitgeteilten Resultaten Glauben schenken. Soweit ich aber aus den mitgeteilten Krankengeschichten ersehen kann, sind die physiologischen und histologischen Wirkungen beider Mittel denen der Röntgenstrahlen nicht unähnlich, und ein jedes unterscheidet sich vom anderen nur durch die Stärke und den Zeitabschnitt, der bis zum Auftreten der Veränderungen in der Zelle verstreicht. In der Tat bringen die Finsen- und ultravioletten Strahlen, die Hochfrequenzeffluvien, die Röntgen- und

[1]) Vortrag, gehalten in der dermatologischen Abteilung der 66. Jahresversammlung der American Medical Association, San Francisco, Juni 1915. (J. Americ. Med. Assoc.)

Digitized by Google

die Radiumstrahlen, wenn sie verschieden lange Zeit auf die Haut appliziert werden, Reaktionen hervor, die einander so ähnlich sehen, daß es geboten erscheint, diese Wirkungen in gleicher Weise einzuteilen, wie man dies für die Röntgenstrahlen allein tut:

1. Wenn eines dieser Mittel direkt oder aus nächster Nähe eine bestimmte Zeit lang auf die Haut appliziert wird, so erkennen wir bei Sichtbarwerden der Reaktion, „eine Reizung der sympathischen Nerven, ein Austritt von Blutplasma, vermehrte Oxydation und vermehrten Metabolismus" (Tousey).

2. Ist eine größere Dosis dieser Mittel oder sind diese längere Zeit hindurch appliziert worden, so finden wir ein Anwachsen der eben genannten Veränderungen, dazu eine Vermehrung der Hyperämie, eine Erhöhung der Temperatur und eine beginnende Degeneration der Zellen mit leichter Abschilferung der obersten Hautschichten.

3. Ist die Applikation eine längere gewesen oder war sie intensiver, so notieren wir eine Verstärkung aller Symptome zweiten Grades mit beginnender Entzündung der Hüllmembranen der Blut- und Lymphgefäße, welche eine obliterierende Endarteriitis und Verstopfung der Lymphgefäße bewirkt, und zwar im ganzen von den Strahlen am meisten getroffenen Bezirk. Dieser Prozeß kann so intensiv werden, daß ein vollständiger Tod und Nekrose der Gewebe erfolgt. Diese intensive Reaktion findet sich hauptsächlich beim Radium, den ultravioletten Strahlen und den Röntgenstrahlen.

Die Reaktionen, die der Applikation von Hochfrequenzeffluvien (d. h. violettem Licht mit seinem Funkengesprüh, wie es erzeugt wird, wenn hochfrequente Ströme eine evakuierte Glaselektrode passieren), oder der Fulguration (d. h. dem heißen Funken desselben Stromes, wenn er eine zugespitzte Elektrode verläßt), oder der Diathermie (d. h. die intensive Durchwärmung des Gewebes, welche entsteht, wenn ein Hochfrequenzstrom bipolar mit der Oberfläche der kranken Region in Berührung gebracht wird) folgen, sind ähnlich denjenigen, die von den vorher erwähnten Agentien hervorgerufen werden und unterscheiden sich von denselben nur dadurch, daß sie sofort nach der Applikation auftreten.

Es ist eine erweisbare Tatsache, daß das Zelleben eine Anregung erfährt und die metabolischen Prozesse vermehrt werden, sobald nur der erste Grad der Reaktion erreicht wird, während bei Eintreten des zweiten oder dem Anfang des dritten Reaktionsgrades die Zellen einem degenerativen Prozeß verfallen, wobei die pathologischen Zellen früher und schneller untergehen als die normalen. Diesem Gesetz verdanken wir die Erfolge, welche bei der Behandlung der malignen und anderer pathologischer Geschwülste erreicht worden sind; ferner ist meiner Ansicht nach das Versagen der Therapie in diesen Fällen auf die Wirkung des ersten Reaktionsgrades zurückzuführen.

Sobald wir die Histopathologie der zu behandelnden Krankheiten besser studiert haben werden und die Applikationstechnik besser beherrschen, werden wir auch den Wert dieser Methoden besser beurteilen können und unsere Bemühungen werden in konstanterer Weise von Erfolg gekrönt sein, wenn es sich darum handelt, oberflächliche Krebse und Hautkrankheiten zu behandeln.

Digitized by Google

Ich habe mich schon oft nach der Zeit gesehnt, wo wir die Hautkrankheiten nach ihrer Ätiologie, Histopathologie usw. einteilen können, so daß wir diese Methoden in mehr systematischer Weise studieren können und dieselben den Studierenden in intelligenterer Weise vortragen können. Ich habe in den letzten Monaten versucht, eine solche Klassifizierung aufzustellen, und dieser Versuch fiel mit meinen Bestrebungen zusammen, die elektrotherapeutischen Methoden zu studieren. Die Resultate derselben begründen sich auf eine Erfahrung von beinahe 13 Jahren, innerhalb deren ich diese Energien in der einen oder anderen Form angewandt habe und die letzten sieben Jahre habe ich mich ausschließlich der Dermatologie und Elektrotherapie gewidmet.

In eine erste Klasse von Hautkrankheiten habe ich diejenigen untergebracht, welche durch radiotherapeutische Applikationen nicht günstig beeinflußt wurden außer an der Applikationsstelle. Die Ätiologie der in diese Klasse gehörenden Krankheiten ist bis jetzt unbekannt, man nimmt an, daß sie ihren Ursprung toxischen Produkten verdanken, welche absorbiert oder wenigstens von inneren Organen nicht ausgeschieden wurden, denen diese Ausscheidung oblag, wie z. B. die Dermatitis herpetiformis, die verschiedenen Varietäten der Erytheme, die Lichenarten, die Psoriasis usw. Nebenbei möchte ich bemerken, daß ich seit Bekanntwerden der Publikation von Dr. Rosenow über seine Entdeckungen beim Erythema nodosum bei einer Anzahl von Patienten Zahnröntgenogramme angefertigt habe und daß ich daraus die Überzeugung geschöpft habe, daß möglicherweise Infektionsherde bei dieser Klasse von Krankheiten eine ätiologische Rolle spielen können. Ich bin aber noch nicht in der Lage, über diese Fälle Mitteilung zu machen.

In eine zweite Klasse habe ich diejenigen Krankheiten gebracht, bei welchen eine unerklärliche Störung der oberflächlichen Drüsen, Nerven oder des Zellmetabolismus unzweifelhaft, inneren oder zentralen Ursprungs, zu konstatieren ist, und welche durch Strahlentherapie in irgend einer Form günstig beeinflußt werden oder wenigstens durch medikamentöse Verfahren unter Kombinierung mit strahlender Energie in irgend einer Form. Hierher gehören Hyperhidrosis, Pompholyx, Pruritus, Prurigo, Herpes zoster, manche Formen von Ekzem usw.

In eine dritte Klasse habe ich eine Reihe von oberflächlichen Erkrankungen gebracht, welche lokalen Infektionen mit Mikroorganismen irgend welcher Art zuzuschreiben sind wie z. B. Acne vulgaris, Staphylo- und Streptokokkeninfektionen, Erysipel und alle Pilzinfektionen der Haut einschließlich der Herpes Tonsuransformen, der Blastomykosen, Sporotrichose usw. Ein großer Teil dieser Krankheiten wird durch die eine oder andere Form strahlender Energie ohne medikamentöse Hilfe geheilt, wenn ich auch in den meisten dieser Fälle eine Kombination beider Verfahren vorziehe.

In eine vierte Klasse will ich alle Hautläsionen einreihen, welche durch ein vermehrtes Wachstum pathologischer Zellen charakterisiert sind, sei es maligner oder benigner Natur, wie z. B. Fibroma molluscum, Rhinophyma, Keloide, oberflächliche Epitheliome usw.

Ich glaube, die meisten der eben aufgezählten Klassen von Krankheiten lassen sich allein durch Strahlentherapie heilen, wenn letztere

Digitized by Google

in intelligenter Weise und in den ersten Stadien der Krankheit angewandt wird.

Um es kurz zusammenzufassen und speziell auf eine kleine Anzahl der in obiger Klassifikation erwähnten Krankheiten näher einzugehen, ich glaube, daß ein Versuch, Krankheiten toxischen oder infektiösen Ursprungs mit lokal applizierter Strahlentherapie zu behandeln, höchstens einen vorübergehenden Erfolg haben kann. Es ist wie wenn man eine Schlange töten wollte, indem man mit dem Schwanz beginnt. Diese Methoden können deshalb lediglich nur als eine Beihilfe bei der dermatologischen Therapie betrachtet werden. Ich fand, daß bei Behandlung der Hyperhidrose, der Dyshidrose und einigen Formen von Ekzem die Röntgenstrahlen ein allerdings unentbehrliches Heilmittel sind, wenn man es bis zur ersten Reaktion kommen läßt, daß aber bei Unterlassung der gewöhnlichen Therapie Rezidive eintreffen. Die Röntgenstrahlen sind von größerem Wert bei allen Formen von Pruritus und in einem Fall von wahrer Prurigo hatte ich sogar einen vollen Erfolg zu verzeichnen.

Zu den bemerkenswertesten Erfolgen bei Krankheiten der zweiten Klasse gehören die Besserungen der lanzinierenden und brennenden Schmerzen beim Herpes zoster, die man erzielt, wenn man die Hochfrequenzeffluvien in energischer Weise auf den Stamm und die oberflächlichen Verzweigungen der das kranke Gebiet versorgenden Nerven wirken läßt. Diese Besserung tritt oft unmittelbar nach der Applikation auf.

Was die Röntgenstrahlenbehandlung der Herpes Tonsuransformen anbetrifft, so sind die Resultate, die Sabouraud vor einigen Jahren veröffentlichte, zu bekannt, als daß ich über meine eigenen zu sprechen brauchte, besonders da die meisten unter ihnen die gleichen Resultate haben werden

Trotzdem von manchen Dermatologen die Röntgenbehandlung der Acne vulgaris und Acne rosacea verpönt wurde, da sie gefährlich und von unangenehmen Nachwirkungen gefolgt sei, habe ich dennoch dieses wertvolle therapeutische Hilfsmittel zehn Jahre hindurch bei diesen Krankheiten angewandt und hatte es in keinem Falle zu bereuen.

Erysipel ist schon lange als eine lokale und oberflächliche Infektionskrankheit bekannt. Ich begann unter diesem Gesichtspunkte im Jahre 1910 die Früherscheinungen dieser Erkrankung mit einzelnen Serien von Röntgenbestrahlungen zu behandeln und nachdem ich bisher eine ganze Reihe von Fällen behandelt habe, bin ich überzeugt, daß dies eine sehr wertvolle Methode ist. In der Tat sah ich in einigen dieser Fälle nach nur einer oder zwei Bestrahlungen unmittelbar nach denselben ein Sinken der Temperatur während zwei bis sechs Stunden, verbunden mit einer Besserung der Symptome und des Allgemeinzustandes.

In der vierten Klasse erhielt ich die unsichersten Resultate bei den verschiedenen Sarkomarten. Diese malignen Geschwülste wurden nicht günstig beeinflußt, wenn man die Röntgenstrahlen allein anwandte. Ohne Zweifel ist dies ihren Absorptionskanälen zuzuschreiben, ihren Blutgefäßen, die nicht schnell genug verschlossen werden, wenn man nicht eine unverhältnismäßig hohe Dosierung anwendet. Mit dieser Aus-

Digitized by Google

nahme fand ich, daß die Krankheiten dieser Klasse durch Fulguration, Diathermie und Röntgenstrahlen gut beeinflußt werden. Es ist dies eines der dankbarsten Gebiete meiner Tätigkeit und bietet ein unbegrenztes Feld dermatologischer Arbeit.

Die Behandlung der oberflächlichen Hautepitheliome vor der Zeit der allgemeinen Metastasierung ist zu einem großen Teil meiner Tätigkeit geworden und ich kann nicht umhin, einige kurze Angaben aus meinen Aufzeichnungen der letzten Jahre folgen zu lassen.

Für diese Fälle sowie für die tätige Mithilfe bei der Behandlung derselben bin ich meinen ärztlichen Freunden in Oklanoma und anderen Staaten zu großem Danke verpflichtet, besonders aber auch meinem mir seit sechs Jahren mit mir verbundenem Sozius Dr. M. M. ROLAND. Die Beschränktheit des Raumes verbietet mir mehr zu bringen als eine Übersicht über die Gesamtresultate ohne weiteren Kommentar. Eine Reihe von Jahren ist vergangen, seitdem ich meinen ersten Fall von Epitheliom mit Röntgenstrahlen behandelte, und es ist mir deshalb unmöglich, die weiteren Schicksale besonders der früher behandelten Fälle zu erfahren. Wenn ich deshalb nur auf die vergangenen sieben Jahre zurückgreife, so kann ich immerhin über 177 Fälle von Epitheliom der verschiedensten Art und Lokalisation an den verschiedensten Körperteilen berichten. In einer großen Zahl dieser Fälle war die Diagnose durch das Mikroskop bestätigt worden. Von dieser Zahl müssen wir 15 Fälle abziehen, wo die Patienten später starben oder ein Rezidiv bekamen. Wir zählen diese als Versager des Röntgenverfahrens. Es bleiben dann noch 162, also 91 % der Fälle, in welchen die Patienten noch leben und rezidivfrei geblieben sind.

Wir haben erfahren müssen, daß Epitheliome, die auf der Hand oder den Nasenflügeln gerade an der Wangenfalte lokalisiert waren und infolgedessen einer größeren Beweglichkeit und Reizung unterlagen, ungewöhnlich hartnäckig sind, und unsere Mißerfolge rekrutieren sich gerade aus diesen Fällen. Wenn wir deshalb diese Fälle mit besonderer Lokalisation ausnehmen, so hätten wir einen Prozentsatz von 94 % statt 91 % von noch lebenden Patienten, die allein mit Röntgenstrahlen behandelt wurden.

Und nun werden Sie fragen, wie ist es mit der so oft diskutierten Lokalisation an der Lippe? Wir haben 27 Patienten notiert, die in den letzten sieben Jahren allein mit Röntgenstrahlen behandelt wurden. Von diesen sind bisher 22, also 81 %, rezidivfrei geblieben. Bei einigen liegt die Behandlung schon mehrere Jahre zurück, und wir haben keinen Zweifel, daß sie sich vollständig wohl befinden.

Es sei aber hervorgehoben, daß solche Rekorde nur in ausgewählten Fällen erreicht werden können. Trotzdem muß aber bemerkt werden, daß einzelne dieser Fälle wohl ausgebildete harte Tumoren von Haselnußgröße und mehr betrafen und daß in einem Falle sogar schon merkbare Metastasen der Submaxillargegend vorhanden waren. Bei den meisten der oben erwähnten Fälle war die Bestrahlung vorgenommen worden, bevor es zur Metastasenbildung gekommen war. Sie waren nicht mehr als zu einem Drittel von Schleimhaut bedeckt.

Digitized by Google

Zusammenfassend kann ich sagen, daß meine Erfahrung mit den strahlentherapeutischen Mitteln mich folgendes gelehrt hat:

1. Man muß sich intensiv mit der Pathologie und Ätiologie einer Krankheit beschäftigen, bevor man den Versuch unternimmt, sie nach diesen Methoden zu behandeln.

2. Diese Mittel sind eine wertvolle Hilfe bei einer besonderen Klasse von Krankheiten, wenn man medikamentöse und andere Methoden gleichzeitig anwendet.

3. Es gibt eine Klasse von Hautkrankheiten, hauptsächlich lokalen Ursprungs, welche mit den strahlentherapeutischen Methoden am besten beeinflußt werden.

4. Während früher die Behandlung der malignen Geschwülste nach diesen Methoden durch Unerfahrene in Mißkredit kam, wissen wir jetzt, daß das Radium und Röntgenstrahlen, wenn sie in richtiger Weise und bei ausgewählten Fällen angewendet werden, sich allen anderen bis jetzt bekannten Heilmitteln überlegen erwiesen haben.

Über Abszesse nach intramuskulären Injektionen von Hydrargyrum salicylicum mit verunreinigtem Paraffin.

Von

Prof. A. Buschke in Berlin.

Während der ganzen Kriegszeit habe ich bei zahlreichen Injektionen unlöslicher Hg-Salze in Paraffinemulsion nie besondere Störungen erlebt. Da verwendete ich im Mai vorigen Jahres eine Emulsion aus einer anderen Quelle als bisher. Bei sechs Patienten, die an einem Tage gespritzt wurden, entwickelte sich unter Fieber zwischen 39 und 41° in 24 Stunden eine enorme Schwellung der Glutäen mit starker Schmerzhaftigkeit, Rötung und brettharter Infiltration der Haut, unter allgemeinem Krankheitsgefühl, starken Kopfschmerzen. Bei einer Patientin ging in etwa drei Wochen die Schwellung unter Ruhe und feuchten Verbänden zurück. Bei den übrigen mußten Inzisionen gemacht werden, es entleerte sich blutig-seröse und eitrige Flüssigkeit. Die Temperatur ging in zwei bis vier Tagen zur Norm zurück, ebenso die übrigen Erscheinungen. In etwa vier bis fünf Wochen war die Heilung beendet. Die bakteriologische Untersuchung der Flüssigkeit ergab, daß Bakterien nicht vorhanden waren. Die verwendete Injektionsflüssigkeit roch nach Petroleum. Ich ließ dieselbe im chemischen Institut der Universität untersuchen und zum Vergleich eine einer anderen Quelle entstammende Emulsion, die anstandslos vertragen wurde. Ich erhielt folgenden Bescheid:

„Das Produkt I (die letztere Flüssigkeit, welche auch nicht roch) ist reines, leichtes Paraffinöl.

Das Produkt II ist ein Gemisch von Paraffinöl und Kampferöl. Letzteres galt in Friedenszeiten als ziemlich wertloses Nebenprodukt bei

Digitized by Google

der Destillation des Kampfers aus verschiedenen Teilen des Kampferbaumes und wurde meistens für Leuchtzwecke an Ort und Stelle verwendet. Es ist in den Handel unter dem Namen ‚weißes, leichtes Kampferöl' von der chemischen Fabrik, Schimmel-Leipzig, gebracht worden. Es besteht aus Pinen, Kampfer, Dispenten u. dgl. $C_{10}H_{16}$."

Ich habe seitdem wieder zahlreiche Injektionen mit geruchlosen Paraffinemulsionen und der Köppschen Vasenolemulsion gemacht, ohne unangenehme Zwischenfälle zu erleben. Jedenfalls teile ich dies mit, um zur Vorsicht bei dem Gebrauch des Paraffins zu raten. Nur geruchloses darf verwendet werden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Weitere Erfahrungen über Salvarsannatrium, von Erich Hoffmann. (D. m. W., 1917, Nr. 5.) Das Salvarsannatrium kann in Form konzentrierter Einspritzungen (in etwa 10 ccm frisch destillierten Wassers gelöst) intravenös angewandt werden und wird gut vertragen. Es hat eine treffliche Wirkung auf alle Erscheinungen der Syphilis, steht aber hinsichtlich des Dauererfolges dem Altsalvarsan nach, während es das Neosalvarsan etwas zu übertreffen scheint. Als Normaldosis wird 0,6 für Männer und besonders kräftige Frauen, 0,45 für schwächere Männer und die meisten Frauen anzusehen sein. Diese Mengen können jeden fünften bis siebenten Tag verabfolgt werden. H. hält es für richtig, bei primärer Syphilis eine starke kombinierte Salvarsannatrium-Hg-Kur durchzuführen (fünf bis sieben und bei hartnäckigerer Wassermann-Reaktion auch acht Injektionen von Salvarsannatrium) und dann abzuwarten. Nach den Erfahrungen von H., die für einzelne Fälle schon über fünf Jahre reichen, genügt eine solche Kur zur Abortion. Bei frischer sekundärer Syphilis sind zwei durch zwei- bis dreimonatiges Intervall getrennte Kuren empfehlenswert. Das Festhalten an der schematischen, chronisch-intermittierenden Behandlung macht die Lösung der wichtigsten Frage der Syphilistherapie unmöglich, wie groß das notwendige therapeutische Mindestmaß in den einzelnen Stadien ist. E. Brinitzer-Altona.

Salvarsannatrium als intravenöse Injektion in hochkonzentrierter Lösung, von Glombitza. (D. M. W., 1917, Nr. 21.) Seine beste Wirkung entfaltet das Salvarsannatrium auf zerfallene sekundär-luetische Defekte in Mundhöhle und Rachen. Diese heilen meist 1—2 Tage nach der Injektion restlos ab. Bei diesen Affektionen scheint das Salvarsannatrium das Neosalvarsan an Wirksamkeit zu übertreffen. Seine Heilwirkung erinnert hier oft an die in der ersten Zeit der Altsalvarsan-Ära beobachteten verblüffenden Erfolge. Die Roseola verschwindet gewöhnlich schon am Tage nach der Injektion; die Herxheimersche Reaktion tritt meist sehr deutlich auf. In seinem therapeutischen Effekt steht Salvarsannatrium zwischen dem Alt- und Neosalvarsan. Es eignet sich sehr gut zur Injektion in hochkonzentrierten Lösungen, d. h. in etwa 5 ccm frisch destillierten sterilen Wassers. Es ist fast frei von Nebenwirkungen, doch auch für die ambulante Behandlung vorzüglich geeignet. E. Brinitzer-Altona.

Zur Technik der Neosalvarsaninjektion, von Sturmhoefel. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1917, Nr. 13.) Sturmhoefel gebraucht bei der Sternschen Technik anstatt der von Stern mit einem Hahn versehenen Ansatzstücke für die Rekordspritze das Ansatzstück einer abgebrochenen Rekordkanüle, das am Nadelende verlötet wird. (Ein Verfahren, das wohl längst schon von vielen Praktikern geübt wird. Ref.) E. Brinitzer-Altona.

Zur Technik der Salvarsaninjektion, von Lilienthal. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1917, Nr. 23.) Lilienthal pflegt zu Neosalvarsaninjektionen das Neosalvarsan in einen sterilisierten graduierten Zylinder oder Einnehmeglas in 6 ccm Lösungsmittel (Aqua redestillata oder 4 prom: sterile NaCl-Lösung) zu lösen und dann mit der Spritze auf-

Digitized by Google

zuziehen. Statt einer Stauungsbinde benutzt er einen Stauungsbock mit Gummischlauch (W. Krahl, Berlin NW. Schiffbauerdamm 8), mit dem die Stauungen ohne Assistenz leichter durchführbar sein soll als bei anderen Methoden. E. Brinitzer-Altona.

Die Vermeidung der Gefahren einer Salvarsanbehandlung, von A. Stühmer. (M. m. W., 1917, Nr. 40.) Spritze und Kanüle sollen in Spiritus aufbewahrt werden. Zur Lösung nur zweimal destilliertes Wasser benutzen. Lösung in der Spritze unter Vermeidung von stärkerem Schütteln. Sofort nach Lösung injizieren. Nur am liegenden Kranken injizieren. Während der ersten 11 Tage der Kur regelmäßige Temperaturmessungen. Nur vormittags injizieren, um keine Reaktionen zu übersehen. Bei darmempfindlichen Kranken vorbeugend am Tage der Injektion 200 g Bolin oder 2 Eßlöffel Karbolusol (Reiss). Die wichtigste Maßnahme sieht Stühmer darin, zwischen der ersten und zweiten Salvarsaninjektion einen Intervall von 10 Tagen innezuhalten; tritt während dieses Probeintervalls Fieber oder Exanthem auf, warten bis zum völligen Abklingen, dann die Anfangsdosis wiederholen; nach vier injektionsfreien Tagen kann man unbedenklich die Dosis steigern. Es sollen immer 4 Tage mindestens zwischen den einzelnen Injektionen liegen. A. Witte-Bremen.

Über Polyneuritis nach Salvarsaninjektionen, von Stanislaus Meissner. (Diss. Greifswald 1913.) Ein 22jähriger Mann erkrankte an Ikterus und wurde wegen manifester sekundärsyphilitischer Symptome mit 3,1 Salvarsan intravenös innerhalb dreier Wochen behandelt. Nach der siebenten Injektion trat eine schwere Polyneuritis auf, die zu atrophischen Lähmungen an den Extremitäten führte. Verfasser weist auf die Rolle hin, die Erkrankungen der Leber bei Salvarsanschädigungen spielen. Ist die Leber befallen, soll man mit Salvarsan vorsichtig sein. R. Frühwald-Leipzig.

Über Spätikterus bei Lues nach Salvarsan-Quecksilberkuren, von Hans Rehder und Wilh. Beckmann. (Zschr. f. kl. M., 1917, Bd. 84, H. 3—4.) Verfasser beschreiben einige Fälle von sekundärer und tertiärer Syphilis, bei denen mehrere Monate nach einer kombinierten Salvarsan-Quecksilberbehandlung Ikterus mit starker Leberschwellung, Erbrechen, Durchfällen, Appetitlosigkeit und Abmagerung eintrat. Dieser Ikterus steht seiner Schwere nach in der Mitte zwischen dem kurz nach Salvarsan auftretenden Ikterus und den letal endigenden Fällen von gelber Leberatrophie. Nach mehrwöchigem Bestande geht der Ikterus allmählich zurück und es kehrt völliges Wohlbefinden wieder. Die Ursache liegt vielleicht in erhöhter Empfindlichkeit der Leber durch die Syphilis; Salvarsan und Quecksilber kommen als Hilfsursachen dazu. R. Frühwald-Leipzig.

Die intraspinale Salvarsantherapie, von C. With. (Ugeskrift f. Laeger, 1917, Nr. 39.) Nach Besprechung der Literatur — besonders der das Thema betreffenden Hauptarbeiten — erwähnt der Verfasser einen Fall, bei dem er selbst Gelegenheit gehabt hat, die genannte Therapie auszuüben. Bei einem Paralytiker, der früher ohne Erfolg mehrere intravenöse Neosalvarsaninjektionen bekommen hatte, machte er vier intraspinale Injektionen von 4,5 mg bis 9 mg Neosalvarsan. Die Therapie hatte auf den Krankheitsverlauf keinen Einfluß, und der Kranke starb ungefähr 3 Monate nach der letzten Injektion. W. Holland-Kristiania.

Über unsere Technik und das Instrumentarium zur endolumbalen Behandlung der meningealen Syphilis, von W. Gärtner-Kiel. (M. m. W., 1917, Nr. 10.) Die sehr lesenswerte Mitteilung eignet sich wegen der zahlreichen Einzelheiten nicht zum Referat; sie ist im Original nachzulesen. Gärtner faßt den Inhalt wie folgt zusammen: Es wird ein Instrumentarium und die Technik zur endolumbalen Salvarsanbehandlung mitgeteilt, wie sie sich in 4 Jahren am zweckmäßigsten herausgestellt hat. Sie hat ihren Platz unter den Heilbestrebungen der Syphilis in erster Linie bei der Vorbeugung der Spätfolgen des Leidens am Zentralnervensystem. Erst in zweiter Linie kommt sie auch für die Behandlung klinischer Ausfallserscheinungen in Betracht, doch führt sie hierbei, mit Ausnahme der Lues cerebri, für gewöhnlich nur zum symptomatischen Erfolg. A. Witte-Bremen.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

16. November 1918 | Nr. 46 | Band 67

Aus der Abteilung für Haut- u. Geschlechtskrankheiten der Wiener allgemeinen Poliklinik.

Lichen chronicus simplex (Vidal) als Vorläufer neurotischer Alopezie.

Von

Prof. Dr. G. Nobl.

Störungen im Bereiche des Nervensystems als auslösende Vorgänge von Dermatosen haben im Wechsel der Lehrmeinungen in weiten Grenzen schwankende Einschätzung erfahren. So ist man heute wieder bei einem Standpunkt angelangt, wo der Raum für nervöse Ätiologien dermaler Zustände aufs engste bemessen wird und dieses ursächliche Verhältnis nur für ganz vereinzelte Formen im Ansehen steht. Eine solche, nur wenig bestrittene Wertung kommt dem herdförmigen Haarschwund zu und wird vielfach auch in der Reihe hyperplastischer Reaktionserscheinungen dem Lichen chronicus (in der Definition Vidals) zugebilligt. Daß ähnliche, in der Erscheinungsweise und der geweblichen Grundlage voneinander so weit abstehende Prozesse von der gleichen Ausgangsquelle abzuleiten sind, steht in der Dermatopathologie nicht ohne Analogien da. Es sei in dieser Hinsicht nur an die variable Äußerung mikrobieller Läsionen (Tuberkulose, Syphilis, Lepra) erinnert und die gelegentliche Kombination hyperplastischer Vorgänge und rarefizierender Prozesse vom Charakter der Sklerodermie und idiopathischen Hautatrophie, wie auch ich sie des öftern beobachtet (Arch. f. Derm., 1912), angeführt.

Schon vor mehreren Jahren konnte ich verfolgen, daß auch die Neurodermie (Brocq) unter Umständen als Wucherform in die Erscheinung tritt, um nach restloser Rückbildung Veränderungen das Feld zu räumen, die im Sinne atrophischer Symptome dem Begriff neurotischer Alopezien voll entsprechen. Da in der Literatur über diese Beziehung der Erkrankungsformen keine Angaben vorliegen, so halte ich es für angebracht, das mir zu Gebote stehende, zum Teil schon in der Wien. Derm. Gesellschaft zur Demonstration gebrachte Beobachtungsmaterial einer weiteren Verwertung zugänglich zu machen. Die im folgenden auszugsweise mitgeteilten Wahrnehmungen dürfen als beglaubigte Exempel der angedeuteten Relation gelten, da bei allen Patienten Ersterscheinung und Zweiterkrankung unter meiner Kontrolle sich abspielten.

Auf das korrespondierende Verhalten bin ich zum erstenmal vor einer Reihe von Jahren aufmerksam geworden, als ich bei einer Kranken eine hartnäckig allen Behandlungsversuchen trotzende Form des Lichen chronicus circumscriptus nach dreijährigem Bestand restlos abheilen sah und im Bereiche der früheren Läsion kahle, pigmentarme Scheiben vom Typus der Alopecia areata zur Entwicklung kamen.

Digitized by Google

1. Es handelte sich um eine 26jährige Frau, die seit zwei Jahren an der Nackenhaargrenze von juckenden, allmählich sich verdickenden Stellen geplagt wurde und vergebens gegen den Zustand ankämpfte. Als ich die Kranke zum erstenmal sah, war das vollentwickelte Bild der Neurodermie festzustellen. An der linken Nackenhälfte bis zum Haaransatz reichend und von hier aus noch mit Randstreifen ins Kapillitium übergreifend, hatte eine kindshandtellergroße, leicht erhöhte, blaß bläulichrote Scheibe den Sitz Diese bot alle Kennzeichen des Leidens: mit der Aufrauhung der Oberfläche, der tiefen Durchfurchung und Felderung, bei reihenförmiger Erhöhung der verdichteten Papillenzüge. An den lateralen und distalen Rändern des Herdes trennten sich noch einzelne hirsekorn- und erbsengroße, heller gefärbte, leicht exkoriierte Verdichtungsstellen von dem konfluierenden Herd als jüngste Erscheinungen der pruriginösen Reaktion. Als Begleitsymptom das unerträgliche Jucken. Während einer zweijährigen Beobachtungsdauer wurde das ganze Arsenal juckstillender, erweichender und resorbierender Medikamente in flüssiger, Pflaster- und Salbenform erschöpft, ohne mehr als vorübergehenden Jucknachlaß zu erzielen. Die Dame sah ich erst im Jahre 1917 wieder. Sie meldete sich wegen Schuppenbildung und Haarausfall. Zu meinem Erstaunen war vom lichenifizierten Plaque keine Spur zu sehen. Hingegen nahm diesen Bezirk eine über ganseigroße, völlig haarlose Fläche ein, die von der Umgebung sich auch durch hellere Färbung deutlich und scharf umgrenzt abhob. Wie ich erfuhr, bestand die frühere Störung noch anderthalb Jahre weiter, um dann bei merklichem Nachlassen der subjektiven Belästigung allmählich ohne jede lokale Behandlung abzuheilen. Der umschriebene Haarschwund wurde ein Jahr später bemerkt und bestand zur Zeit der neuerlichen Vorstellung schon mehrere Monate. Zu erwähnen wäre noch, daß die seit acht Jahren verheiratete Kranke aus neuropathischer Familie stammt und selbst an wechselnden Depressivzuständen leidet. Die Alopezieherde bekamen nach mehreren Monaten normalen Haarbesatz.

2. Die gleiche Ablösung herdförmiger Neurodermie durch areolierten Haarschwund verfolgte ich dann bei einem 20jährigen galizischen Mädchen in den Jahren 1913 und 1915. Bei diesem waren es retroaurikulare, fast korrespondierend sitzende faustgroße Lichenscheiben, die mit breiten Segmenten auf den Haarboden übergingen. Die Haare waren an einzelnen kleinen Stellen abgescheuert, als kurze mehrere Zentimeter lange Stümpfe erhalten. Die Plaques trocken, derb, fein schuppend. Hier und da Blutbörkchen. Der Prozeß wurde schon ein Jahr früher in Lemberg als Lichen chronicus simplex angesprochen und mit Röntgenstrahlen behandelt. Patientin erhielt an der Abteilung Teerbehandlung, Diachylonverbände, Karbolätzungen, ohne daß wesentliche Besserung eintrat. Nach einigen Monaten blieb sie aus. März 1915 stellte sie sich neuerdings vor, es störten sie kahle Hinterhauptstellen. Im Bereiche der früheren retroaurikularen lichenifizierten Hautpartien war es beiderseits zu typischen Alopezieplaques gekommen, sie hatten scharf konturierte Formen und deckten den Flächenraum der früheren Veränderung. Aus der stumpfsinnigen Patientin war nur so viel herauszubekommen, daß die Haare seit zwei Monaten fehlen und rasch ausgefallen waren. Wie die verhärteten Scheiben abheilten und wann die Rückbildung erfolgte, war ihrer Beobachtung entgangen. Die Störung in der mentalen Sphäre des körperlich zurückgebliebenen kleinen Mädchens war als mäßige Idiotie anzusprechen. Nach neurologischer Feststellung besteht epileptische Idiotie. Die Haare regenerierten an den kahlen Stellen nach mehreren Monaten.

3. In dem Falle einer 40jährigen Beamtensgattin waren es seit vielen Jahren an den Genitokruralfalten, Mons und der Außenfläche der großen Labien lokalisierte, indurierte Lichenflächen, welche sie der Anstalt zuführten. An den bezeichneten Stellen hatte die Decke in unregelmäßig begrenzten, gleichmäßig ausgebreiteten, grau bis lividierten Herden mächtige derb elastische Verdickung, grobe Felderung und körnige Verdichtung angenommen. Die Labien von normaler dunkler Pigmentierung. Dies war der Status im Jahre 1914. Nach einigen Wochen blieb die Frau aus. Sie meldete sich März 1918 wegen Harnbeschwerden. Die früher lichenifizierten Areale von geschmeidig weicher Beschaffenheit völlig haarfrei, die Außenflächen der Labien an der unteren Hälfte vitiliginös. Der juckende Prozeß soll vor $1^1/_2$ Jahren unter langsamem Abklingen zurückgegangen sein. Die weißliche Verfärbung und Kahlheit der Stellen bemerkte die Frau seit etwa drei Monaten, doch weiß sie nicht, ob der zufällig bemerkte Zustand nicht auf länger zurück datiert. An der Kopfhaut der Kranken machen sich, von mäßiger Seborrhöe abgesehen, keine zugehörigen Veränderungen bemerkbar. Vor vier Jahren wegen profuser Blutungen Myomoperation, wobei Uterus und Adnexe entfernt wurden. Hysterische Stigmen.

Digitized by Google

4. Gegenwärtig noch (August 1918) steht eine 25jährige ledige Patientin in ambulatorischer Beobachtung, die zunächst (Februar) 1916 durch sechs Wochen wegen einer typischen Lichen simplex der rechten Nacken- und angrenzenden Haarregion behandelt wurde. Damals bildete ein kindshandtellergroßer, graurötlicher, blasser, tief durchteilter, hornig derber, weißlich schilfernder, wie bestaubter Herd die Störung. Derselbe war aus dichtester Aneinanderreihung derber Knötchen entstanden. Auf diese Gruppenvereinigung deuteten marginale, vom konfluierendem Plaque durch bräunliche Hautstreifen getrennte, polygonale, lebhaft rote Blüten als jüngste Nachschübe hin. Ein daumenbreiter, fein schilfernder Bogen griff auf den Haarboden über. Nach fast zweijähriger Abwesenheit von Wien zurückgekehrt, meldet sich Patientin wegen Haarausfall. Die quadrillierten, tief durchschnittenen Nackenherde waren, wie die Kranke angibt, nach Sistieren des intensiven Juckens seit Jahresfrist restlos rückgebildet. Im Bereich ihrer Ausbreitung und im Kapillitium noch über dieses Gebiet hinaus ist der gesamte Haarbesatz geschwunden. An den Stellen ist gleichzeitig weißliche Verfärbung. Die Haut fühlt sich weich normal faltbar an, ein Eindruck stärkerer Rarefizierung wird nicht vermittelt. Die Follikularstruktur erhalten. Bedeutendere Sensibilitätsstörungen sind nicht nachzuweisen. Seit Jahren Migräneanfälle.

Überblickt man diese kleine Beobachtungsreihe, so ergibt sich in übereinstimmender Aufeinanderfolge die Entwicklung von Gewebsstörungen bei neuropathisch veranlagten weiblichen Individuen, die nach Entstehungsart und gleichmäßiger Wiederkehr der Hautreaktion als die von Vidal aufgestellte, in ihren Voraussetzungen von Brocq des genaueren erschlossene, umschriebene Form des Lichen chronicus simplex anzusprechen sind.

Ausdrücklich sei es betont, daß die Veränderungen durchwegs bei Kranken in die Erscheinung traten, die vorher mit keinerlei Hautläsionen behaftet waren und die zu allmälicher Verhärtung gediehenen Herde an vorher intakten Stellen zur Entwicklung gelangten. Die Ersterscheinung des imperiösen Juckens machte sich an den bekannten Lieblingssorten des Nackens, in einem Falle auch an dem äußeren Genitale geltend und zog als spezifische Reaktion auf den dauernden traumatischen Insult, die umgrenzten lichenifizierten Plaques nach sich. Die schematische Sonderung von gewissen Zonen in der Flucht der Scheiben, wie Brocq sie seinerzeit in allzu gründlicher Ausfeilung des Lichenbildes als charakteristisch anführte, gehört keineswegs zur Regel und war auch in dieser Folge nur andeutungsweise zu beobachten. Meist entwickelt war die gleichmäßige zentrale Verdichtung der quadrangulär und parallel gefurchten Herde, in deren Umgebung noch distinkte polygonale, abgeschliffene Primäreffloreszenzen in sonst unveränderter Haut saßen. Reizzonen papillarer Hypertrophie ließen sich nicht verfolgen. Obwohl, wie erwähnt, die Veränderungen vielfach ins behaarte Gebiet übergriffen, zeigten die Störungen zum Follikularapparat keinerlei Beziehungen. Mit der klinischen Äußerung vereinten die paroxsymal auftretenden Juckwellen, der schleppende Verlauf und das rebellische Verhalten Heilversuchen gegenüber, sich zum typischen Syndrom des Lichens Vidalscher Auslegung. Bezüglich des Abklingens der schwieligen Formen und des Auftretens alopezischer Scheiben an ihrem einstigen Standort waren wir leider nur auf die Angaben der Kranken angewiesen, da wir weder eine entschiedene Involution der Erstläsion zu beochten Gelegenheit hatten (die Patienten blieben nach einiger Zeit aus) noch die Entstehung des Haarschwundes verfolgen konnten. Die Kranken berichten über allmähliches Weicher- und Flacherwerden der gleichzeitig mit nachlassendem Juckgefühl einhergehenden Herde und schließliches Schwinden derselben ohne Schuppung

Digitized by Google

oder Rötung. Von diesem Abklingen trennte in allen Fällen ein längeres erscheinungsfreies Intervall den Ausbruch des kreisförmigen Haarschwundes.

In ihren Zeichen wichen die kahlen Stellen in keiner Weise von den Typen der Alopecia areata ab, sie waren des gesamten Haarbesatzes verlustig, glatt mit gut erhaltener Follikularstruktur, mäßiger Depigmentation ohne sonstige Rarefizierung. In zwei der Fälle kam es während einer mehrmonatigen Beobachtung bzw. Behandlung (80 % Karbolpinselungen) zum Nachwuchs normal gefärbter Haare, die andern Kranken bleiben nach einiger Zeit aus.

Da der Lichen chronicus keine allzu seltene Erkrankung ist und der neurotische Haarschwund gleichfalls zu den häufigeren Dermatosen zählt, so frägt es sich, ob nicht die verfolgte Verkettung beider Störungen als rein zufällige, des inneren Zusammenhanges entbehrende Erscheinung zu betrachten ist.

Mit dieser eigentlich recht bequemen Abfertigung sollte man sich aber doch nicht begnügen. Schon die für beide Krankheitsgruppen zu Recht bestehenden allgemeinen pathogenetischen Bedingungen, die wir nach dem heutigen Wissensstande auf neurotischem Gebiete zu suchen haben, sollte zu denken geben, daß Wechselbeziehungen vorliegen. Die neuropathische Veranlagung scheint in der Ätiologie des Lichen chronicus von jeher an die Spitze der Voraussetzungen gestellt, und in diesem Umstand ist mehr als einmal die Ursache der spezifischen Reaktionsfähigkeit der Haut in Gestalt der Lichenifikation erblickt worden. Auch ich bin geneigt, die sich hier darbietenden Veränderungen nicht als einfaches Produkt des Kratzens aufzufassen, sondern als eigenartige, auch anatomisch genügend gekennzeichnete Gewebsreaktion, bei welcher Jucken zwar ein dominierendes, den anderen Erscheinungen jedoch koordiniertes Phänomen darstellt. Ausgelöst wird dieses durch Quellungsvorgänge der Kutis und Epidermis, die ihrerseits wieder auf angioneurotische Störungen zurückgeführt werden müssen. Die besondere Veranlagung findet eben darin ihren Ausdruck, daß schon auf Insulte schwächster Art Proliferationsvorgänge einsetzen und bis zu Graden gedeihen, die man in normal veranlagten Hautgebieten nicht zu beobachten gewohnt ist. Man kann auch die sekundäre Lichenifikation im Anschluß an Ekzemschübe, im Verlaufe des Lichen ruber planus oder im Zustand der Pityriasis rubra demnach nicht dem genuinen Lichen chronicus simplex gleichstellen.

Bei diesen Zuständen handelt es sich durchweg um intensivere exsudative Entzündungsvorgänge, bei welchen die gesteigerte Reizung sensibler Nervenfasern Juckempfindung und konsekutives Kratzen auslöst. Die dadurch zustande kommende Hyperkeratose stellt eine temporäre Erscheinung dar, die mit Aussetzen des Insults alsbald wieder abklingt. Dies gilt selbst für das dem Lichen am nächsten stehende kallöse Ekzem. Beim Lichen neurogenen Ursprungs und auch dem Schwielenekzem tritt die Hypertrophie der Hornschicht zwar stark in den Vordergrund, doch geht sie bei der Neurodermitis stets mit bedeutender Akantose einher und wird überdies nicht nur von Wucherung des derbfaserigen Papillarkörpers begleitet, sondern auch von Quellungszuständen des verbreiterten subpapillaren Lagers bei nur ganz geringfügiger zellulärer Infiltration. Mit den stets sich erneuernden angioneurotischen Störungen,

Digitized by Google

mögen diese sich als Spasmen der Kapillaren oder abnorme Durchlässigkeit ihrer lädierten Endothelien äußern, gehen die Verhärtung und Verdickung einher auch ohne daß noch namhaftere äußere Reize hinzutreten würden. Man reicht ja auch in der Regel mit dem gewöhnlichen erweichenden, auf Ablösung der gewucherten Hornschicht gerichteten Heilversuchen nicht aus, und erst mit Ätzmethoden, die eine Zerstörung des organisierten Wuchergewebes über den Papillarkörper hinaus anstreben, findet man halbwegs sein Auskommen. Die spontane Abheilung der Neurodermitis muß wohl eine sehr seltene sein. Mir ist es nicht erinnerlich, eine solche oder unter den üblichen milden Behandlungsmethoden eintreten gesehen zu haben. In den angeführten Fällen hat die Behandlung sich nur auf die Applikation erweichender Salben, spirituöse Abreibungen und Karbolbepinselungen (konzentrierte Lösung) beschränkt. Es kann daher auch die Therapie, die ja nur kaum modifizierend auf die subjektiven Erscheinungen einzuwirken vermochte, die Rückbildung der Herde nicht in einer Weise beeinflußt haben, daß nachträglich an ihrem Sitze sich das Bild der Alopecia areata entwickelte. Es muß wohl hier schon in der Struktur des Erstausbruches, in der Form der Neurodermie die Disposition zu dem nachträglichen atrophischen Vorgang vorgelegen sein, unmöglich hätte sonst der nachträglich zustande gekommene, mit Pigmentverlust einhergehende umschriebene Haarschwund die Grenzen gewahrt, innerhalb welcher die Lichenifikation aufgetreten war. Es kann daher keinem solchen Walten des Zufalles Raum gegeben werden, daß in einer Reihe von Fällen die Alopezie genau die Stellen deckt, die früher den Standort von Lichenschüben abgaben.

Freilich gebricht es bis heute noch an der Möglichkeit, den Mechanismus zu erfassen, der die Überleitung des zur Rückbildung gelangten hyperplastischen Phänomens zum kreisförmigen Haarschwund regelt. Beide Zustände begegnen sich in der neurogenen Auslösung, die wir für die Alopecia areata ja noch mit größerer Entschiedenheit als für den Lichen vertreten können, da für diesen das Experiment und eine Fülle klinischer Tatsachen beweisend zu Gebote stehn.

Aus der dermatologischen Klinik in Graz (Vorstand: Prof. Matzenauer).

Eine neue Behandlungsmethode der Bartholinitis.

Von

Assistent Dr. Max Hesse und Sekundararzt Dr. Adolf Auer.

Eine häufige und leider sehr schwer zu bekämpfende Komplikation der weiblichen Gonorrhoe ist die Infektion der Bartholinischen Drüse. Wir können zwei Arten unterscheiden — die akute mit mehr oder weniger heftigen Schmerzen und entzündlicher Schwellung des umgebenden Gewebes, die zur Abszedierung und Perforation der Haut führen kann, und eine mehr chronische, bei der subjektive Beschwerden nicht oder fast nicht vorhanden sind, sondern wo als einziges Zeichen der Erkrankung

Digitized by Google

eine größere oder geringere Menge gelblichen Eiters auf Druck sich aus dem Ausführungsgang der Bartholinischen Drüse entleert. Diese chronische Bartholinitis ist eine sehr häufige Erkrankung und stellt infolge ihrer schweren Heilbarkeit eine ständige Infektionsquelle dar. Auch kommt hierzu noch ein Moment, welches besonders häufig bei den unter polizeilicher Kontrolle stehenden Frauenspersonen zutrifft, nämlich daß die Erkrankung der Bartholinischen Drüsen oft bei der polizeiärztlichen Visite nicht festgestellt werden kann, weil die Patientinnen durch absichtliches Ausdrücken normale Verhältnisse vortäuschen. Wenn aber eine Patientin mit einer solchen Erkrankung in Spitalsbehandlung kommt, so ist gewöhnlich eine sehr lange Dauer derselben notwendig, um zu einem befriedigenden Ergebnis zu gelangen.

Es wäre also sehr wünschenswert, wenn, abgesehen von der Radikalexstirpation der chronisch erkrankten Drüse, durch eine konservative Behandlung die Möglichkeit einer endgültigen Heilung oder wenigstens eine Abkürzung der Behandlungszeit erreicht werden könnte. Bei akuten Abszessen ist natürlich die chirurgische Behandlung das einzig Richtige. Der Ausgang einer Bartholinitis in einen Abszeß ist nicht das Schlechteste, denn sehr oft wird durch die Vereiterung auch eine Zerstörung der Drüse herbeigeführt, insbesondere wenn man nach Eröffnung eine vorsichtige Auskratzung folgen läßt. Leider tritt aber nach Abszedierung nicht immer komplette Heilung der Bartholinitis ein, es kommt vielmehr gar nicht selten vor, daß unvereiterte Reste der Drüse und des Ausführungsganges persistieren, die infolge der noch vorhandenen gonorrhoischen Infektion nach wie vor eine chronische Bartholinitis unterhalten. Durch die Totalexstirpation ist allerdings eine Radikalheilung möglich; aber abgesehen davon, daß dieselbe eine ziemliche technische Fertigkeit erfordert, um nicht das kavernöse Gewebe und die Arteria transversalis perinei zu verletzen, gilt hier dasselbe wie für die spontane Abszedierung, daß nämlich, wenn nicht wirklich alles Drüsengewebe total exstirpiert wurde, aus den zurückgebliebenen Drüsenresten wieder eine chronische Bartholinitis sich entwickeln kann.

Bei der chronischen Entzündung haben wir außer der Exstirpation nur die eine Möglichkeit der Behandlung, nämlich mit stumpfer Kanüle durch den Ausführungsgang der Drüse einige Tropfen einer Lapis- oder Protargollösung in die Drüse einzuspritzen. Diese Behandlung ist sehr langwierig und führt in vielen Fällen nicht zum Ziel, weil der Ausführungsgang sehr fein und oft so gewunden ist, daß die eingespritzte Flüssigkeit nicht immer in die Tiefe gelangt. Auch kann es ziemlich leicht vorkommen, daß man unter zu hohem Drucke injiziert und die Drüse dadurch abszediert, welcher Ausgang allerdings zur Heilung führen kann, aber nicht muß. Da der Abszeß im unmittelbaren Anschlusse und unleugbar durch die Behandlung entstanden ist, was die Kranke als eine rapide Verschlimmerung ihres Zustandes auffaßt, so kann der behandelnde Arzt dadurch in eine peinliche Lage kommen, wenn er nicht vorher rechtzeitig auf die Möglichkeit einer Abszedierung aufmerksam gemacht hat.

Nun sind wir durch einen Zufall auf eine Behandlungsmethode gekommen, mit der wir fast immer recht befriedigende Resultate erzielt haben. Bei den Versuch einer Einspritzung durch den Ausführungsgang

Digitized by Google

gelangten wir mit der Nadel in das periglanduläre Gewebe und injizierten dort eine gewisse Menge 5%igen Protargols. Es entstand vorerst nur eine leichte, mit dem Finger tastbare Infiltration. Schon am nächsten Tage war die Schwellung viel stärker, die Geschwulst schmerzhaft und die Haut darüber entzündlich gerötet, so daß wir fürchten mußten, durch allzuviel Flüssigkeit eine Abszedierung der Drüse herbeigeführt zu haben. Wir verordneten daher Bettruhe und Burowumschläge. Am nächsten Tage blieb die Schwellung und Schmerzhaftigkeit noch bestehen, eine Erweichung trat jedoch nicht ein, sie trat auch in der weiteren Folge nicht ein. Unter den Umschlägen ging die Schwellung vielmehr zurück; ebenso verschwand auch die Schmerzhaftigkeit, und nach ungefähr einer Woche war die Gegend der Bartholinischen Drüse vollständig normal, mit Ausnahme eines kleinen Infiltrates, welches dem Sitz der Drüse entsprach. Nach wiederum einigen Tagen war auch dieses verschwunden, aus dem Ausführungsgang konnte nunmehr kein Sekret ausgedrückt werden, was vorher der Fall war. Die Patientin wurde nach einigen Tagen entlassen, ohne daß sich mehr irgend eine Veränderung zeigte. Als sie nach einigen Wochen wieder ins Spital geschickt wurde (es handelte sich um eine Prostituierte), konnte an der Bartholinischen Drüse keinerlei krankhafte Erscheinung festgestellt werden.

Durch diesen Zufall aufmerksam gemacht, versuchten wir in der weiteren Folge diese Behandlungsart bei allen chronische Affektionen der Bartholinischen Drüse. Sobald aus dem Ausführungsgang eitriges Sekret ausdrückbar war, wurde mit der spitzen Nadel in der Richtung der Drüse mit tunlichster Vermeidung des Ausführungsganges eingestochen und das ganze periglanduläre Gewebe mit 5%iger Protargollösung infiltriert. Wir machten absichtlich die Injektion nicht durch den Ausführungsgang, um diesen nicht zu verletzen. Wir suchten uns eine Stelle in der Nähe der Mündung, welche durch den ausgedrückten Eitertropfen leicht markiert ist, und stachen nach schräg oben außen ungefähr 1 cm tief ein. Eingespritzt wurde ungefähr 1—2 ccm. Regelmäßig zwei bis drei Stunden nach der Injektion trat schon eine nußgroße Schwellung auf, wozu am nächsten Tage noch eine Rötung der Haut und ein Ödem kam, welches sich manchmal über die ganze betreffende Seite ausbreitete. Unter mäßiger Schmerzhaftigkeit und Spannungsgefühl blieb diese Schwellung bestehen, war aber unter Anwendung von Burowumschlägen gewöhnlich in vier Tagen verschwunden. Die Resorption des Infiltrates dauerte einige Tage länger, acht bis zehn Tage nach der Injektion war aber auch von diesem nichts mehr nachzuweisen. Natürlich war der Verlauf nicht immer der gleiche, hier sowohl als auch im endgültigen Erfolge gab es gewisse Unterschiede, über die wir nun berichten wollen.

Wir versuchten diese Behandlungsweise bei 32 Patientinnen. Davon ging in drei Fällen — dies wollen wir gleich vorwegnehmen — die Infiltration in Abszedierung über, so daß wir inzidieren mußten, mit darauffolgender entsprechender Behandlung.

In vierzehn Fällen nahm die Behandlung den gewünschten Verlauf und konnte nach Abklingen der Reaktionserscheinungen kein Eiter mehr aus der Drüse ausgedrückt werden, geschweige denn

Digitized by Google

Gonokokken nachgewiesen werden. Nun kann es aber vorkommen, daß dieser Erfolg nicht gleich nach der ersten Injektion eintritt, sondern noch gonokokkenhaltiger Eiter ausdrückbar bleibt. In drei Fällen mußten wir eine zweite Injektion machen, welche dann das angestrebte Resultat herbeiführte. Aber auch diese zweite Injektion führte nicht immer zum Ziele, so daß es vorkommen konnte, daß die Injektion drei- bis sechsmal, in einem Fall sogar 21mal wiederholt werden mußte. Dies geschah bei den übrigen zwölf Fällen. Wenn es nicht zu einer richtigen reaktiven Entzündung kommt, muß die Injektion wiederholt werden.

Glaubten wir nun nach den mikroskopischen Untersuchungen das Ziel erreicht zu haben, so wurde die Kontrolle noch mindestens vierzehn Tage fortgesetzt, ohne daß inzwischen eine Behandlung erfolgte. Wurden bei dieser fortgesetzten Kontrolle keine Gonokokken gefunden, so wurde die Patientin entlassen. Da es sich fast ausschließlich um Prostituierte handelte, hatten wir vielfach Gelegenheit, später das Ergebnis nachzuprüfen, wobei wir feststellen konnten, daß tatsächlich der Erfolg ein dauernder war. In keinem der Fälle, die wir nachprüfen konnten — es waren von den 32 Fällen 26 —, trat im Verlaufe von zwei bis drei Monaten neuerlich Sekretion aus der Bartholinischen Drüse auf.

Wir glauben, daß bei unserer Behandlungsmethode der Umstand der springende Punkt ist, daß das ganze periglanduläre Gewebe infiltriert wird, wodurch eine reaktive Entzündung entsteht, welche wiederum eine vermehrte Hyperämie und Transsudation nach Art der Bierschen Stauung um die Drüse hervorbringt. Diese führt einerseits zur Abtötung der Gonokokken und andererseits zur raschen Resorption der entzündlichen Infiltration. Diese Infiltrierung des periglandulären Gewebes gelingt natürlich nicht immer vollständig, da man eigentlich keinen Anhaltspunkt hat, ob man mit der Nadel genügend eingestochen hat oder nicht. Hier spielt noch der Zufall und die Übung eine ziemliche Rolle. Daraus erklärt sich auch, daß wir in einer gewissen Anzahl von Fällen die Injektionen mehr oder weniger oft wiederholen mußten. Wir dürfen aber hervorheben, daß dieses Ereignis hauptsächlich anfangs eingetreten ist, als wir mit unseren Versuchen begannen. Später bei größerer Übung gelang die Injektion gewöhnlich das erste oder zweite Mal. Hierbei wurden wir auf einen wichtigen Anhaltspunkt aufmerksam, ob die Injektion gelungen ist oder nicht: Es darf gleich nach der Injektion aus dem Ausführungsgang kein Protargol bzw. Eiter, mit Protargol gemischt, ausgedrückt werden können; dann war man in die Drüse selbst gelangt, was zu vermeiden ist, weil es sonst leicht zur Vereiterung der Drüse kommen kann. In den drei Fällen, bei denen es zur Abszedierung kam, konnte dies konstatiert werden. Die Injektionen sind nicht sehr schmerzhaft, so daß sich die Patientinnen fast nie (nur in einem Fall) weigerten, die Behandlung an sich vornehmen zu lassen.

Digitized by Google

Aus dem Marine-Lazarett Hamburg (Chefarzt: Marine-Generalarzt z. D. Dr. MEYER).

Zur Behandlung der Trichophytien.

Von

Dr. ANTONI,

Marine-Oberassistenzarzt d. R. und ordinierendem Arzt der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten, sonst Abteilungsarzt der Universitäts-Hautklinik Heidelberg (Prof. BETTMANN).

Die Häufigkeit der Trichophytieerkrankungen, die wie eine Seuche unser deutsches Vaterland bedrohen, hat eine Fülle von einschlägigen Arbeiten gezeitigt, die sich mit der Frage der Verbreitung und der Therapie beschäftigen. Eine Unmenge von Behandlungsarten sind angegeben. Die große Menge der Mittel zeigt, wie so oft, daß es mit der Behandlung der Trichophytie nicht besonders bestellt ist. Ich möchte hier kurz ein Behandlungsverfahren angeben, daß sich mir auf unserer Station bei tiefen Trichophytien besonders gut bewährt hat.

Es ist eine Erfahrungstatsache, und die Beobachtung an unserem großen Material hat sie mir aufs neue bestätigt, daß die Fälle von Bartflechten, bei denen die sichtbaren Erscheinungen besonders heftig ausgesprochen sind, und die eine Fülle von tiefen, knotigen und eitrigen Infiltraten zeigen, in viel kürzerer Zeit zur Heilung kommen, als die nicht so entzündlichen Formen. Diese Tatsache hat zum Studium der Gründe angeregt, welche die in prognostischer Hinsicht gemachten Erfahrungen zu klären imstande sind.

Die umfassenden Untersuchungen von BLOCH über die Dermatomykosen der Haut trennen nach der Art der Erreger humane und Tiertypen von Pilzen. Wir wissen, daß größtenteils die Erreger, welche normalerweise das Tier als Wirt haben, bei Menschen starke Entzündungserscheinungen hervorrufen, während die vom humanen Typ nur torpide verlaufende Flechten ohne jegliche Entzündungserscheinung, wie z. B. die Kopftrichophytie der Kinder (Teigne tondante trichophytique) erzeugen. Wir wissen weiter, daß in den nichtentzündlichen Formen in unendlicher Menge Pilze gefunden werden, während in den tiefentzündlichen Knoten der Bartflechte, besonders in einschmelzenden Eiterherden, kaum Pilze zu finden sind. In den entzündlichen Herden ist also der Erreger durch die Abwehrvorgänge des Körpers vernichtet, und es bleibt nach überstandener tiefer Trichophytie eine Allergie der Haut zurück, die sich durch Kutanimpfung mit Trichon oder Trichophytin analog der VON PIRQUETschen Tuberkulinreaktion für Tuberkulose nachweisen läßt. Es ergibt sich hieraus ohne weiteres, wie die Therapie der tiefen Trichophytie durchzuführen ist. Wir müssen versuchen, die Pilze auf der Oberfläche der Haut zu vernichten, und gleichzeitig haben wir die Abwehrvorrichtungen des Körpers zu unterstützen. In unserem Arzneischatz gibt es aber kein einziges Mittel, das ohne jede Schädigung des Gewebes die Pilze zu töten imstande ist. Die von ARNING angegebene Karbolsäurebehandlung leistet bei oberflächlichen Trichophytien sehr gute Dienste. Unsere Mittel, Chrysarobin, Jod und Quecksilberpräparate, heilen alle indirekt durch Gewebsreizung und können deshalb für die tiefen Trichophytien kaum verwertet werden, wenigstens nur als Unterstützungsmittel. Für die Behandlung der tiefen Trichophytien hat sich uns folgende Methode als besonders wirksam erwiesen. Wir verabreichen innerlich Jodkali und äußerlich werden heiße essigsaure Tonerdeumschläge gemacht. Es wirken hier scheinbar mehrere glückliche Faktoren zusammen. SCHÜTZ-Frankfurt weist in seiner Arbeit (Beitrag zur Therapie und Prophylaxe der Trichophytie, M. m. W., 1918, Nr. 22) auf die Vorzüge der essigsauren Tonerde hin, die er hauptsächlich in der Austrocknung der Oberfläche der Haut nach Art einer Imprägnierung sieht, wodurch die auf organische Nahrung angewiesenen chlorophyllfreien Pilze wahrscheinlich ziemlich von Luft und vom flüssigen Medium abgeschlossen werden. Nun kommt die Wirkung des Jodkalis hinzu. Wir wissen noch nicht genau, wie Jodkali im Körper wirkt, und ich kann über die Wirkungsweise hier nur die bis jetzt bekannten Tatsachen zugrunde legen und über die spezifische Wirkung des Jodkalis, ich möchte

Digitized by Google

sie hier so nennen, meine Vermutungen aussprechen. Das Hyperämie und seröse Durchtränkung auslösende Jod wird schon seit langer Zeit mit Vorliebe zur Beseitigung von entzündlichen Tumoren und Drüsenschwellungen angewandt, weil es am Ort seiner Tätigkeit zytologische Einschmelzung und Resorption von erkranktem Gewebe sowie pathogener Stoffe bewirkt. Nach einem von Overton zuerst aufgestellten Gesetz müssen lipoidlösliche Substanzen, zu denen das Jod gehört, leicht und rasch in den Bakterienleib aufgenommen werden. Es ist bekannt, daß die Algen das Jod zu speichern vermögen und die Fähigkeit besitzen, daß Jod aus dünnen Lösungen herauszuziehen und in sich aufzunehmen. Ein Zuviel führt natürlich zur Vernichtung des Zelleibs. Warum sollten die den Algen so nahestehenden Hyphomyzeten nicht die gleiche Fähigkeit besitzen? Vielleicht ist es möglich, auf diese Weise die gute Wirkung des Jods bei der Trichophytie zu erklären. Eine Steigerung der entzündlichen Vorgänge läßt sich nach Jodkaliverabreichung sowohl an den bald größer werdenden Infiltraten als auch im Blutbild an einer auftretenten Leukozytose nachweisen. Ausgegangen war ich von der Jodkalitherapie durch ihre spezifische Wirkung bei der Sporotrichose. Jedenfalls ist es Tatsache, daß durch kombinierte Jodkali- essigsaure Tonerdetherapie sämtliche Bartflechten in verhältnismäßig kurzer Zeit ohne Narben zur Heilung zu bringen sind. Die voraufgegangene Behandlung im Revier oder Feld war im Durchschnitt 19 Tage.

In letzter Zeit haben wir bei der Trichophytie auf Anraten von Marine-Oberassistenzarzt Dr. E. F. Müller Einspritzungen mit Aolan, einem Milcheiweißpräparat versucht. Müller hat auf die therapeutische Verwendbarkeit der Milch bei chronischen und frischen Infektionskrankheiten zuerst in seiner Arbeit über „Die myeloische Wirkung der Milchinjektion" in der Med. Kl., 1918, Nr. 18 hingewiesen. Ich will hier nur kurz über unsere mit Aolan behandelten Fälle berichten.

Das Aolan wurde in Mengen von 10 ccm intraglutäal eingespritzt. Eine lokale Reizung trat bei sterilem Arbeiten nicht ein, und ich habe auch bei mehreren hundert Injektionen keine Schmerzhaftigkeit und Reizung an der Injektionsstelle beobachten können. Ungefähr 8—10 Stunden nach der Injektion machte sich eine deutliche Herdreaktion bemerkbar, die häufig äußerlich in entzündlicher Rötung der umgebenden Partien sichtbar war, außerdem aber durch Klopfen und Hämmern im Krankheitsherd von den Patienten charakterisiert wurde. Am folgenden Tage sah man, daß kleinere Infiltrate dicker und größer geworden waren, während größere bereits erweicht und nach Entleerung von großen Eitermengen zu schrumpfen begannen, ja sogar bereits nach ein bis zwei Tagen zur völligen Einschrumpfung kamen. Gleichzeitig mit den äußerlich sichtbaren Änderungen im klinischen Bild konnten wir eine Veränderung des Blutbildes nachweisen. Trotzdem kein Fieber auftrat, beobachteten wir eine Leukozytose, die je nach der Stärke der ausgelösten Reaktion ausfiel und Zahlen bis 25000 und darüber aufwies. Diese Leukozytose tritt meistens einige Tage nach der Injektion auf, steigt langsam bis zu einem Maximum, um dann wieder abzufallen. Vereinzelt wurden wieder erneute Anstiege beobachtet, die ganz von selbst einsetzten. Neben den neutrophilen Leukozyten, die den höchsten Prozentsatz der Steigerung erfuhren, haben wir vereinzelt Myelozyten und Übergangsformen auftreten sehen. Eine wesentliche Änderung der eosinophilen Blutzellen wurde nicht festgestellt.

„Aolan" ist eine aus Kuhmilch hergestellte sterile Eiweißlösung, die frei von toxischen Nebenbestandteilen ist und von der Firma P. Beiersdorf & Co. in Hamburg in Ampullen von 10 ccm in den Handel gebracht wird.

E. F. Müller erklärt die Wirkungsweise des „Aolans" folgendermaßen. Durch die intramuskuläre Einverleibung des „Aolans" wird willkürlich die Tätigkeit des Knochenmarkes angeregt, wodurch es zu einer Vermehrung der granulierten Blutzellen und gleichzeitig einer Vermehrung der Abwehrkräfte kommt, die gesetzmäßig an alle vorhandenen Infektionsherde geleitet werden. Ungefähr nach zehn Tagen wird eine zweite Einspritzung vorgenommen, doch nicht eher, als bis man sich durch Leukozytenzählung überzeugt hat, daß die erste Reaktion vollständig abgeklungen ist. Der Heileffekt bei der zweiten Reaktion ist meistens derselbe wie bei der ersten. Mehr als zwei Injektionen sind gewöhnlich nicht notwendig. Eine Allgemeinreaktion tritt nicht auf. Äußerlich werden zur Unterstützung essigsaure Tonerdeverbände angelegt, die aber hauptsächlich die Eiterverschleppung verhindern sollen. Es ist eine Heilung durch „Aolan" ohne jegliche äußerliche Behandlung absolut möglich. Ich möchte noch darauf hinweisen, daß die Aolaneinspritzung nicht bei Patienten mit latenter Tuberkulose angewendet werden darf, da unter ungünstigen Umständen ein solch latenter Krankheitsherd wieder manifest werden könnte.

Digitized by Google

Für die Behandlung der tiefen Trichophytien ist „Aolan" ein großer Gewinn und kann allseitig empfohlen werden.

Es wurden von mir auch viele Fälle mit Trichophytin behandelt. Hier sahen wir nur Günstiges, doch ist die Aolantherapie der durch Trichophytin infolge viel stärkerer Herdreaktion meines Erachtens weit überlegen. Trichophytin wird auf unserer Station hauptsächlich zu diagnostischen Zwecken verwendet.

Fachzeitschriften.

Dermatologia.

(Russische Monatsschrift.)

1914, Bd. 4, Nr. 7 u. 8.

1. **Allgemeine Schlüsse über den Wert des Präparates Salvarsan bei Syphilitikern, auf Grund einer dreijährigen Beobachtung (1911—1913)**, von A. Rosenquist. Das Präparat „Salvarsan" erwies sich in der Dosis von 0,2—0,5, bei fehlender Kontraindikation seitens der Augen, der Nieren, des Herzens usw. als ungiftig. Bei Ausübung strenger Asepsis wurde kein Todesfall beobachtet, und die Nebenwirkungen waren selten und äußerten sich nur in Temperatursteigerung, Übelkeit und geringem Durchfall. Die meisten Kranken standen im Alter von 25—30 Jahren. Der Salvarsanbehandlung wurden Kranke in den verschiedensten Stadien der Syphilis unterworfen, meist jedoch in Kombination mit Hg oder Jod. Diese beiden Mittel verstärken die Wirkung des Salvarsans, und nur bei Idiosynkrasie dem Hg gegenüber wurde das Salvarsan allein für sich angewandt. Meist erhielten die Kranken des Mjasseitzkihospitals zu Moskau nur eine Infusion, einige mehrere, bis zu sechsmal, wobei Intervalle von 5—7 Tagen, 14 Tagen und mehr gemacht wurden. Die Hg-Behandlung fand bald vor, bald nach der Salvarsaninfusion statt. Besonders günstig erwies sich das Salvarsan in solchen Fällen von Syphilis, welche sich dem Hg, resp. dem Jod gegenüber refraktär erwiesen, ferner in Fällen von Syphilis cutanea papulosa miliaris, Syphilis cutanea pustula-ulcerosa, Syphilis maligna und Syphilis praecox. Dank dem Salvarsan haben die Fälle von ewig langem Liegenbleiben im Hospital fast ganz aufgehört. Am häufigsten verwandte Verf. das Salvarsan bei entkräfteten Personen wie bei solchen mit geschwürigen Formen. Nach der Infusion erholten sich solche Kranke sichtbar und ist in solchen Fällen das Salvarsan unersetzlich. Bei Syphilis primaria wie Syphilis recens bewies das Salvarsan, im Verein mit Hg, eine schnellere Resorption der Induration, wie der entsprechenden Drüsen und schwächte in gewissem Grade die Infektion ab. Bei Syphilis recidiva und gummosa beschleunigte das Salvarsan zusammen mit Hg oder Jod den Schwund der syphilitischen Erscheinungen. Desgleichen besserten sich bei der kombinierten Salvarsan-Hg- resp. Jodtherapie sowohl syphilitische Affektionen der Augen und des Gehörs, wie auch des Nervensystems in vorzüglicher Weise. Die Rezidive sind bei dieser kombinierten Behandlung seltener und leichter, als bei der früheren reinen Hg-Behandlung. Zum Schluß wünscht R. eine möglichst weite Verbreitung der Salvarsan-Hg- resp. Salvarsan-Jodbehandlung.

2. **Zur Kasuistik der schweren Hg-Stomatitiden mit besonders stark ausgeprägter Affektion der Zunge**, von Bessonow. Bei einer 23jährigen Frau stellte sich nach Behandlung bei einer Quacksalberin, welche gern Hg geben, Hyperämie, Schwellung und Ulzeration der Schleimhaut der Wangen, des Zahnfleisches, der Zunge wie des Bodens der Mundhöhle und des Gaumens ein. Die Zähne waren gleichsam in die übelriechende, graue Masse des geschwollenen und in Zerfall begriffenen Zahnfleisches eingesenkt. Der ganze harte Gaumen war mit einem gangränösen Geschwür bedeckt. Die Mandeln, die Gaumenbögen und das Zäpfchen waren geschwürig verändert. Auf der hinteren Rachenwand fanden sich gleichfalls Geschwüre. Die Zunge war geschwollen, fast unbeweglich und quoll aus der Mundhöhle hervor. Ihre obere wie untere Fläche war mit einem dicken Belag von weißlich grauer Farbe versehen. Die Sprache war kaum verständlich. Die Nahrungsaufnahme per os war unmöglich. Die Affektion konnte mit einer Angina Vincenti, resp. mit einer komplizierten Parotitis verwechselt werden.

Digitized by Google

1914, Bd. 4, Nr. 9.

1. Ein Fall von Spätatrophie der Haut nach Anwendung von X-Strahlen bei Hypertrichosis, von Iwanow. Im Februar 1914 wandte sich eine 34jährige, intelligente brünette Frau mit der Bitte an den Verf., sie von einer kosmetisch häßlichen Veränderung der Haut zu befreien. Aus der Anamnese ging hervor, daß die Kranke sich vor fünf Jahren wegen Hypertrichosis in der Backengegend 5—6mal, mit Intervallen von 3—4 Monaten, hatte röntgenisieren lassen. Mit dem Resultat der Behandlung war sie damals äußerst zufrieden gewesen, aber seit einem Jahr, also vier Jahre nach der Bestrahlung hatte die Haut der bestrahlten Partien sich verändert. Verf. konstatierte eine Atrophie der Haut mit Teleangiektasien.

1914, Bd. 4, Nr. 10.

1. Materialien zur Frage der Haut-Leishmaniose (Orientbeule) im turkestanschen Kreise, von Jakimow und Schokor. Nach einer ausführlichen literarischen Betrachtung, wobei von den Verfassern nachgewiesen wird, daß eigentlich der erste, welcher nachwies, daß der Erreger der Leishmaniose zu den Protozoen gehört, Borowski war, besprechen sie ihre eigenen Untersuchungen. Dieselben wurden von ihnen in Turkestan angestellt und ergaben, daß das von vielen dortigen Ärzten als verschiedene Krankheiten aufgefaßte Pendinsche und Sartsche Geschwür als eine Krankheit, nämlich die Haut-Leishmaniose anzusehen ist. Andererseits ergaben aber die bakteriologischen Untersuchungen, daß unter 98 Fällen von klinischem Pendinschen Geschwür nur in 58, d. h. in 58,1% die Leishmania tropica nachgewiesen werden konnte, so daß die mikroskopische Bestätigung der klinischen Diagnose bei der Haut-Leishmaniose gefordert werden müsse. In bezug auf die Immunität gegen eine neue Infektion fanden die Verfasser, daß eine solche in 78,9% eintrat, in 21% aber ausblieb. Im Blut aus den Fingern konnte keine Leishmania tropica nachgewiesen werden. Versuche in bezug auf Übertragung der Krankheit durch Insekten, Wanzen, Flöhe und Fliegen fielen negativ aus. In verschiedenen Gegenden Turkestans zeigte die Leishmania tropica verschiedene Formen, nämlich bald war sie größer, bald kleiner, so daß die beiden Verfasser von einer Leishmania tropica var. major und minor sprachen. Gleich den anderen Forschern auf diesem Gebiet konnten auch diese beiden Verfasser nachweisen, daß sich in den Geschwüren der Haut-Leishmaniose Vertreter der bakteriellen Flora fanden, und zwar in 62,5%; wovon es sich in 93,3% um Kokken und in 6,6% um Kokken und Bakterien handelte. Zur Behandlung wandten die Verfasser das Methylenblau in Pulverform mit Erfolg an. Auch bei einem Hunde konnte eine Leishmaniose nachgewiesen werden, jedoch unterschied sich die Leishmaniose bei diesem von derjenigen beim Menschen, indem sie eine Größe von 8 μ gegen 5,49 μ beim Menschen aufwies, so daß noch von einer dritten Variation der Leishmania tropica var. canina in Turkestan gesprochen werden muß.

2. Ein Fall von Granuloma annulare, von Sacharow. Beobachtung eines Falles der Crockerschen Krankheit bei einem 23jährigen, unter Mittel ernährten Mann mit normaler Beschaffenheit des Blutes, normalen Nieren, mageren Händen, auf denen sich zuerst im Jahre 1905 und dann von neuem im Jahre 1907 das Granuloma annulare entwickelte.

1914, Bd. 4, Nr. 11 u. 12[1]).

1. Ekzem des Lippenrandes bei Morbus Basedowi, von Nikolsky. In der Regel geht das Ekzem nur nebenbei auf den Lippensaum über. Gelegentlich sieht man ein Ekzem jedoch auch selbständig auf dieser Partie auftreten. Es führt in solchem Falle verschiedene Namen: Psoriasis labialis (Balman), Pityriasis labialis (Rayer), Ekzema (Besnier), Desquamation persistante des lèvres (Brocq und Darier), Exfoliation inflammation of the lips (R. Crocker). Nikolsky wählt die Bezeichnung Ekzem und beschreibt einen Fall näher, welcher eine 24jährige Jüdin betraf, bei der sich gleichzeitig eine Stomatitis fand. Obgleich die Kranke an Zahnstein litt, brachte die Entfernung desselben keine Besserung des Ekzems, dagegen rief eine Behandlung der gleichzeitig im ersten Beginn bestehenden Basedowschen Krankheit auch eine Besserung des Ekzems des Lippensaumes hervor, so daß N. als Ursache desselben die Basedowsche Krankheit anspricht.

[1]) Mit dieser Nummer stellte die „Dermatologia" ihr Erscheinen ein.

Digitized by Google

2. Zur Frage der Ätiologie der Porokeratosis Mibelli. Ein Fall von Porokeratosis Mibelli, von P. PAWLOW. Die histologische Untersuchung des betreffenden Falles ergab vor allem das Bestehen einer bedeutenden Wucherung der Epidermis (Akanthosis) mit Hyperkeratose, worauf schon UNNA hingewiesen hat. Als wesentliche Charaktereigenschaft der Porokeratosis muß aber hervorgehoben werden, daß die Hyperkeratose am stärksten ausgeprägt war an den Ausführungsgängen der Schweißdrüsen. Als Resultat der stärksten Verhornung entwickelt sich um den Ausführungsgang ein solider, bis zum Rete Malpighii durchdringender Zapfen von untereinander fest gekitteten Hornzellen. Hinsichtlich der Ätiologie ergab die Anamnese eine Neigung zu Dystrophien der Haut in der Familie des Kranken. Außerdem sprach aber in dem beschriebenen Falle die Lokalisation der Porokeratosis auf dem Handrücken, entsprechend dem Gebiet der Verzweigungen des dorsalen Astes des N. ulnaris, wie die lineare Anordnung der Hautveränderungen auf der äußeren Seite des Vorderarmes, entsprechend dem N. cutaneus media, für einen Zusammenhang mit Naevi lineares. Dieser Zusammenhang wurde noch deutlicher durch den Umstand, daß die Porokeratose am Vorderarm unmittelbar in einen Naevus vasculosus überging.

3. Zur Lehre der Xanthome, von KRYLOW. Bei der Untersuchung einer vom Nasenrücken eines 30jährigen Mannes exstirpierten Geschwulst gab sich der Xanthomcharakter derselben durch folgendes kund: Vorkommen von Xanthomzellen und Riesenzellen, Vorhandensein von Fett und Lipoiden, welche doppellichtbrechende Eigenschaften besitzen. Inmitten dieser letzteren ist charakteristisch das Vorkommen von flüssigen Kristallen — Sphärokristallen mit allen Eigenschaften des Cholesterinästhers und von festen Kristallen, im speziellen von Cholesterin.

4. Zur Frage der Veränderungen der Psyche bei Kindern, die an Prurigo Hebra leiden, von SCHIPERSKAJA. Die Untersuchungen einer Reihe von prurigokranken Kindern führten die Verfasserin zu dem Schluß, daß prurigokranke Kinder psychisch unter der Norm stehen, wobei die Veränderungen der Psyche um so stärker sind, je schwerer die Prurigo ist. Hauptsächlich erleiden diejenigen Seiten der psychischen Tätigkeit Veränderungen, welche nicht nur eine mechanische, sondern eine bewußte Arbeit des Gehirns verlangen. Es ist nicht zu leugnen, daß die Veränderungen der Psyche bei Prurigo denjenigen bei der ererbten Syphilis analog sind.

5. Ein eigentümlicher Fall von Syphilis des Lymphdrüsenapparates und der Haut, welcher unter dem Bilde einer Pseudoleukämie (Granuloma malignum STERNBERG-BENDA) und Mykosis fungoides (Forme erythrodermique) oder der Hautform der Pseudoleukämie verlief, von BOGOLEPOW. Beschreibung eines seltenen Hautfalles, der klinisch der von RESAIN und HALLOPEAU beschriebenen Forme erythrodermique der Mykosis fungoides entsprach, sich aber als Folge einer syphilitischen, eigenartigen Veränderung des Lymphapparates, Granuloma STERNBERG-BENDA, die unter dem klinischen Bilde einer Pseudoleukämie verlief, entpuppte. Zu dieser Annahme wurde Verf. einerseits durch den histologischen Befund, andererseits durch den Nachweis von Spirochaeta pallida, wie der schon früher von ihm beschriebenen, anderen polymorphen Teile eines Pilzes, der nach ihm in verwandtschaftlicher Beziehung zur SCHAUDINNschen Spirochäta steht, veranlaßt. Histologisch wurde in den Drüsen ein allmählich zunehmender Schwund der lymphatischen Zellen bei gleichzeitig mächtiger Proliferation der Bindegewebszellen wie des Bindegewebes konstatiert.

6. Ein Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria dystrophica, von A. JORDAN. Als Besonderheit dieses Falles, der ein 14jähriges Mädchen, das seit dem dritten Lebensmonat an Blasenbildung der Haut leidet, muß die Mitbeteiligung der Zungen- und Wangenschleimhaut angesehen werden. Histologisch entsprach der Befund dem sonst üblichen.

7. Ein Fall von Pemphigus vegetans, von MSAREULOW. Bei dem beschriebenen Fall sind als histologische Besonderheiten zu erwähnen, daß die klinisch scheinbar gesunden Hautpartien sich auch entzündet erwiesen und daß die Blase zwischen den verschiedenen Schichten der Epidermis saß, wobei der Boden des Bläschens durch die papillare, die zylindrische und die MALPIGHIsche Schicht gebildet wurde. Der Blasengrund enthielt auch dort, wo sich mit unbewaffnetem Auge keine Vegetationen nachweisen ließen, solche. Im Korium und in der Epidermis fanden sich miliare Abszesse. Eosinophile Zellen kamen in großer Menge in der Infiltration wie in den Gefäßen vor, während sie im Blut fehlten. A. Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

1914, Juni, Bd. 27.

1. Ein Fall von Infektion mit Tuberkulose im Anschluß an die Beschneidung, von KUDISCH. Zu den in der Literatur bereits vorhandenen Fällen von Infekttion mit Tuberkulose bei der Beschneidung (Pest, Stumeisen usw.) fügt Verfasser eine neue Beobachtung, wo sich 14 Tage nach der Beschneidung am Penis des Kindes Geschwüre ausbildeten, welche von vereiternden Drüsen mit Fistelbildung begleitet wurden. Der positive Ausfall der PIRQUETschen Reaktion bei negativem Wassermann bestätigt die Annahme einer Tuberkulose. Verfasser vermutet, daß die Infektion beim Aussaugen des Blutes zustande gekommen ist.

2. Zur Kasuistik der eitrigen Onychien und Paronychien infolge Autoinfektion bei einem Kranken mit Sykosis, von TROITZKI. Bei einem 59jährigen Mann mit Sycosis barbae wurde außerdem eine Onychia und Paronychia des rechten Ringfingers konstatiert. Die Untersuchung des Krankheitsmaterials von der Lippe wie vom Finger ergab Vorhandensein von Staphylokokken, die sich nach GRAM färben und von Stäbchen, die sich nach GRAM nicht färben ließen.

3. Zur Frage der syphilitischen Vitiligo (Vitiligo syphilitica), von SELENEW. Unter 52 Fällen von Vitiligo litten 12 damit behaftete Personen an erworbener Syphilis, 10 an hereditärer Lues, 7 an Tuberkulose der Lungen, 3 an Nephritis, bzw. Diabetes, während 15 einer tuberkulösen und 5 einer nervösen Familie angehörten. Von den Fällen von Vitiligo bei acquirierter Syphilis trat erstere meist 1—5 Jahre nach der Infektion mit Lues auf, wobei die Mehrzahl der Kranken Veränderungen des Nervensystems aufwiesen, angefangen von unbestimmten Kopfschmerzen bis zu Tabes und progressiver Paralyse. In einigen der Fälle von Vitiligo bei hereditärer Syphilis hatte der syphilitische Vater, bzw. die syphilitische Mutter an Nervensyphilis gelitten. Eine spezifische Behandlung hat auf die Vitiligo keine Wirkung.

4. Die Behandlung der chronischen Epididymitis und der sich auf Grund derselben ausbildenden Sterilität, von RUBASCHEW. Aufzählung der üblichen Behandlungsarten.

1914, Juli-August, Bd. 28.

1. Pruritus linguae et innestae oris, von Prof. SELENEW. Beschreibung zweier Fälle von Pruritus der Zunge wie der Mundschleimhaut, wobei sich in dem einen Falle objektiv gar keine Veränderungen dieser Partien, in dem anderen Falle Fehlen der Zähne des Oberkiefers und eines großen Teiles derjenigen des Unterkiefers bei Karies der wenigen nachgebliebenen Zähne fand. Als Ursache sieht Verfasser nervöse Störungen an.

2. Zur Frage der syphilitischen Elefantiasis, von PETROW. Unter den verschiedenen Ursachen der Elefantiasis ist die Syphilis eine der verhältnismäßig seltenen. Gewöhnlich entwickelt sich die Elefantiasis im tertiären Stadium der Syphilis, 4—37 Jahre nach der Infektion. Die Bevorzugung des einen Geschlechts vor dem anderen beim Zustandekommen der Elefantiasis auf Grund von Syphilis scheint nicht vorzuliegen. Am häufigsten, nämlich in 65%, betrifft die syphilitische Elefantiasis die unteren Extremitäten, ferner in 32% die Geschlechtsorgane und nur selten, in 1,5%, die oberen Extremitäten und die Lippen. Eine spezifische Behandlung vermindert die Elefantiasis, aber doch nur in gewissen Grenzen.

3. Zur Behandlung der Blennorrhoe mit JANETschen Spülungen, von MESCHTSCHERSKI. Verf. empfiehlt für die Behandlung der Blennorrhoe, gleichviel ob der Prozeß schon die hintere Harnröhre in Mitleidenschaft gezogen hat oder nicht, Spülungen sowohl der vorderen als der hinteren Harnröhre. Er bedient sich der automatischen Spülvorrichtung von PICIVINI und spült mit Zincum permanganicum in der Lösung von 1 : 12000 allmählich steigend bis 1 : 3000, gelegentlich auch mit Sol. hydrarg. oxycyanati, welches aber zuweilen Brennen in der Harnröhre und eine Schleimabsonderung veranlaßt. Innerlich ordiniert er Natr. benzoicum (bis zu 3,0 pro die) und Urotropin. Im subakuten Stadium bevorzugt Verf. zur innerlichen Behandlung das Ol. santali.

1914, September-Oktober, Bd. 28.

1. Ein Fall von Alopecia areata maligna auf nervöser Grundlage, von TELJEGA. Auftreten einer ausgebreiteten Alopezie einige Wochen nach Ausschluß aus der Schule bei einem 22jährigen Abiturienten. Es traten nicht nur kreisförmige, kahle Stellen auf dem Kopfe auf, sondern es fielen auch die Wimpern und die Haare in den Achselhöhlen

Digitized by Google

wie in der Schamgegend bei einem sehr stark behaarten Armenier aus. Unter Bestrahlung mit der KROMAYERschen Quarzlampe trat eine Regeneration der Haare im Laufe eines halben Jahres auf.

2. Ein Fall von ausgebreitetem syphilitischem Leukoderma und Alopezia, von BOBOWITSCH. An der Moskauer dermatologischen Universitätsklinik wurde ein Fall von Leucoderma syphiliticum beobachtet, welches, auf pigmentiertem Grunde, vom Kinn bis zum oberen Drittel der Oberschenkel saß. Gleichzeitig bestand eine Alopecia syphilitica.

A. Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen.

Die Rassenhygiene und ihre wissenschaftlichen Grundlagen, von WALTER OETTINGER, Privatdozent für Hygiene an der Universität Breslau. (Berlin, 1914, Fischers med. Buchhandlung.) O. hat sich veranlaßt gesehen, einen von ihm über dieses Thema in der biologischen Gesellschaft in Breslau gehaltenen Vortrag in dieser Form der breiteren Öffentlichkeit zu übergeben, um seinerseits dazu beizutragen, der kritiklosen Ausbreitung der rassehygienischen Ideen entgegenzuarbeiten. Es wäre zu wünschen, daß dieses Büchlein in die Hände recht vieler Ärzte gelange, da es in einer außerordentlich klaren, übersichtlichen und doch kurzen Zusammenfassung die jetzt auch in den Tageszeitungen so viel erörterten Maßnahmen zur Bekämpfung der angeblich fortschreitenden Degeneration einer scharfen, wissenschaftlichen Kritik unterzieht. „Der suggestiven Kraft populärer Schlagworte" setzt er „die Tatsachen gegenüber, die nichts von einer Entartung wissen wollen." Die Anwendung der Mendelschen Regeln auf den Menschen lehrt, daß wir noch weit davon entfernt sind, die dauernde Ausschaltung eines Menschen von der Fortpflanzung stützen zu können mit dem Hinweis auf die Wissenschaft von der Vererbung. Die Erfahrungen, die bisher in Amerika mit sogenannter „Rassenhygiene" gemacht sind, sind so geringfügig und so unwissenschaftlich durchgeführt, daß sie noch keineswegs als Muster für uns dienen können.

E. Brinitzer-Altona.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Arsenobenzoleinspritzungen in konzentrierter Lösung (Technik von M. S. RAVOUT), von **M. FAVRE** und **MASSIA.** (Presse méd., 1917, Nr. 22.) Die Verfasser lösen Neosalvarsan oder Novarsenobenzol-Pillen in höchstens 2 ccm Wasser auf. Man kann abgekochtes, filtriertes Wasser ebensogut wie destilliertes benutzen. Bei 3150 derartigen Injektionen sind nie schwere Zufälle beobachtet worden. Die höhere Konzentration der Lösung hat keinerlei ungünstige Einwirkung auf die Venenwand; auch die entzündungserregende Wirkung auf das umgebende Bindegewebe ist nicht größer als bei schwachen Konzentrationen. Die Allgemeinreaktion des Organismus ist sogar geringer. Großen Wert legen die Verfasser darauf, daß eine Quecksilberbehandlung der Neosalvarsanbehandlung voraufgeht oder mit ihr kombiniert wird. A. Witte-Bremen.

Venarsan bei Syphilis, von M. L. HEIDINGSFELD-Cincinnati. (Lancet-Clinic, 8. VII. 1916.) Verfasser bekam einen Patienten mit frischer Syphilis und hochgradigem Ikterus zur Behandlung. Er hatte innerhalb von vier Tagen mehrere Injektionen eines amerikanischen Salvarsanersatzes, Venarsan, erhalten; der Einfluß auf die Syphilis war gleich Null. Verfasser warnt vor diesem Präparate, da es nichts weiter als kakodylsaures Natrium und Jodquecksilber enthält, daher unverhältnismäßig teuer ist, unwirksam ist und auch vielleicht an dem Ikterus im vorliegenden Falle Schuld trägt.

R. Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

d. Malleus.

Rotzinfektion und deren Verhütung, von J. MARCUSE-Berlin-Schöneberg. (B. kl. W., 1917, Nr. 8.) Verfasser beschreibt einen Fall von Infektion eines Tierarztes gelegentlich der Sektion eines an Rotz verendeten Pferdes. Nach 3 Tagen hatte sich unter Fiebererscheinungen am Unterarm eine Hautaffektion gebildet, welche ganz einem in der Entwicklung begriffenen größeren Hautfurunkel ähnlich war, mit lymphangitischen Erscheinungen. Unter fortdauerndem Fieber und Allgemeinerscheinungen (Unruhe, Bewußtseinstrübungen), zuletzt Gelenkerguß und pustulösem Ausschlag über den ganzen Körper, trat innerhalb 12 Tagen nach der Infektion in soporösem Zustande tödlicher Ausgang ein. Im Anschluß daran macht Verfasser Vorschläge zur Prophylaxie: Sektionen dürfen nur mit Gummihandschuhen ausgeführt werden, vorher muß eine gründliche Imprägnierung der Haut von Händen und Unterarmen mit stärkeren Desinfizientien erfolgen, da der Rotzbazillus gegen solche keine starke Widerstandskraft besitzt; nach der Sektion sorgfältige Desinfektion nach der FÜRBRINGERschen Methode.

E. Klemm-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Das Problem des persönlichen Syphilisschutzes und seine Lösung, von R. KAFEMANN-Königsberg. (M. Kl., 1918, Nr. 3.) Begeisterte Empfehlung des „Trisalvens", dasselbe ist ein Gemenge von Harzen mit Phenolkampfer und hohem Sublimatgehalt. Durch die Kombination zweier Desinfizentien glaubt KAFEMANN ein sicher wirkendes Prophylaktikum gegen Blennorrhoe, Ulcus molle und Syphilis in dem Trisalven gefunden und ausprobiert zu haben. Infolge des hohen Sublimatgehaltes darf es nur auf ärztliche Verordnung abgegeben werden. Leider findet der Verfasser in seiner zwei Spalten langen Abhandlung nur in wenigen Zeilen Raum, sich mit dem Mittel zu beschäftigen und verrät uns auch die Anwendungsweise und vieles, was den Praktiker interessieren würde, nicht. Zu beziehen ist Trisalven nur durch das chemische Institut von Dr. OESTREICHER, Berlin W. 35.

O. Lasch-Breslau.

Die Untersuchung der Mundhöhle, von GERBER-Königsberg. (M. Kl., 1917, Nr. 18.) Gelegentlich eines Vortrages, bzw. einer Unterweisung über die Art methodischer und systematischer Untersuchung der Mundrachenhöhle zur Vermeidung diagnostischer Irrtümer, betont GERBER die große Aufmerksamkeit, welche den luetischen Erkrankungen in der Mundrachenhöhle gebührt. Nächst den Genitalien ist sie der häufigste Sitz der Initialsklerose, und die sekundären Manifestationen der Lues sind besonders häufig hier lokalisiert und oft nur bei gründlicher und gewissenhafter Untersuchung wahrnehmbar. Auch im tertiären Stadium der Lues, oft in späten Jahren post infectionem, ist die Mund-Rachenhöhle die Lieblingsstätte furchtbarer Zerstörungen, deren Differenzialdiagnose nicht immer leicht ist. Da es sich bei den Erkrankungen der Mund-Rachenhöhle meist um Farbenunterschiede handelt, empfiehlt GERBER die Anwendung des reflektierten Tageslichtes.

O. Lasch-Breslau.

Verschiedenes.

Dr. PHIL. FERDINAND BECKER, Arzt für Hautkrankheiten in Frankfurt a. M., ist gestorben.

R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. TAENZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

23. November 1918 | Nr. 47 | Band 67

Aus der Lupusheilstätte zu Hamburg (Oberarzt Dr. P. Wichmann).

3. Tuberculosis cutis ulcerosa serpiginosa universalis.

Von

Dr. Paul von der Porten.

(Mit 2 Abbildungen.)

Frau K. N., geboren am 20. Februar 1864. Bei den Eltern anscheinend keine Tuberkulose. Jedoch ist eine Tante mütterlicherseits an Tuberkulose gestorben. Geschwister klein gestorben. Die Patientin gibt an, von Jugend an zu husten.

Seit etwa drei Jahren begannen sich auf der Haut weiterfressende, nicht heilende Geschwüre zu bilden. Die Erkrankung begann an der rechten Halsseite und ergriff regionär weit auseinanderliegende Stellen der Haut. Die starke Sekretion und die außerordentlich heftigen Schmerzen führten die Patientin im November 1917 in meine Behandlung.

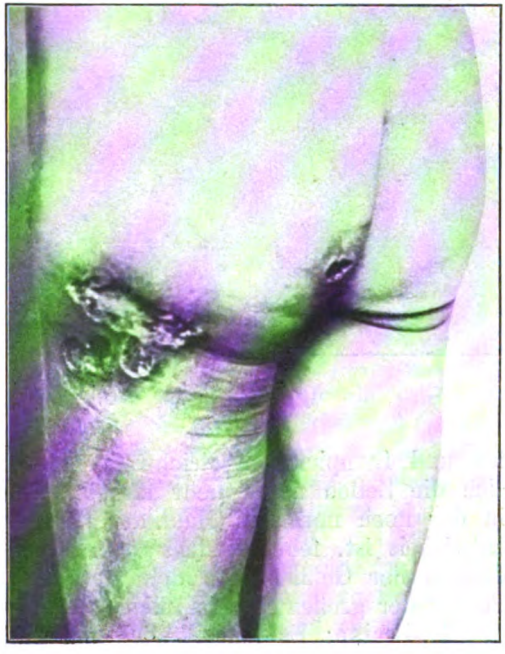


Fig. 1.

Befund November 1917: Stark abgemagerte Frau mit gering entwickelter Muskulatur. Über der rechten Spitze zweifingerbreite leichte Dämpfung, auf beiden Lungen überall bronchitische Geräusche. Die Lungengrenzen erweitert, Herzdämpfung beinahe ganz überlagert. Puls beschleunigt (96), Herztöne rein. Leib etwas gespannt. Leber und Milz nicht vergrößert. Stuhl normal. Die Drüsen der Leistengegend, Kubitaldrüsen, ein wenig vergrößert, Haut fettlos, läßt sich in Falten überall abheben. Rund um den Hals, von der Gegend hinter den Ohren ausgehend, bis hinunter zu beiden Schlüsselbeinen eine große Anzahl sehr schmerzhafter, stark sezernierender, runder und ovaler serpiginöser Geschwüre, mit unregelmäßigen, überhängenden schlaffen Rändern. Der Geschwürsgrund, der bis in die Tiefe der Kutis reicht, läßt schlaffe, mißfarbene Granulationen erkennen, welche ein jauchiges, eitriges Sekret produzieren. Weiter herabsteigend von der rechten Skapula bis zur Brust fanden sich drei weitere bis handtellergroße flache Geschwüre derselben Art. Desgleichen zwei über der rechten Skapula. Ebenso fanden sich am rechten Oberschenkel an der Leistengegend und hinten an den Nates sechs derartige große Geschwüre mit zerfressenen überhängenden Rändern, teils borkig belegt, teils mit profuser flüssiger Sekretion.

Digitized by Google

Die Blutuntersuchung nach Wassermann ergibt ein negatives Resultat. Eine mit Gesamtextrakt nach Deycke-Much (M. Tb. R.) ausgeführte Komplementbindung ist positiv. Die Intrakutanimpfung mit Partialantigenen nach Deycke-Much an der normalen Haut des linken Oberarmes ist in allen Verdünnungen negativ.

Die Patientin wurde dann mit Schwefelquecksilbersalbe und Röntgenbestrahlungen behandelt.

Befund am 6. Mai 1918: Die bestrahlten Geschwüre haben sich fast alle geschlossen. Teils liegt auf denselben noch eine dicke Borke, zum Teil sind sie aber auch schon mit einer glatten Narbe verheilt. Die Schmerzhaftigkeit ist nach den Röntgenbestrahlungen ganz wesentlich zurückgegangen und besteht eigentlich nur noch an den nicht genügend bestrahlten und den nicht bestrahlten Geschwüren.

Das Allgemeinbefinden der Patientin hat sich im Laufe der Behandlung so wesentlich gehoben, daß sie imstande ist, ihre Hausarbeit und Feldarbeit in ausreichendem Maße zu versehen.

Aus dem Rande eines noch nicht behandelten Geschwüres wird eine Probeexzision gemacht (s. Abb. 2).

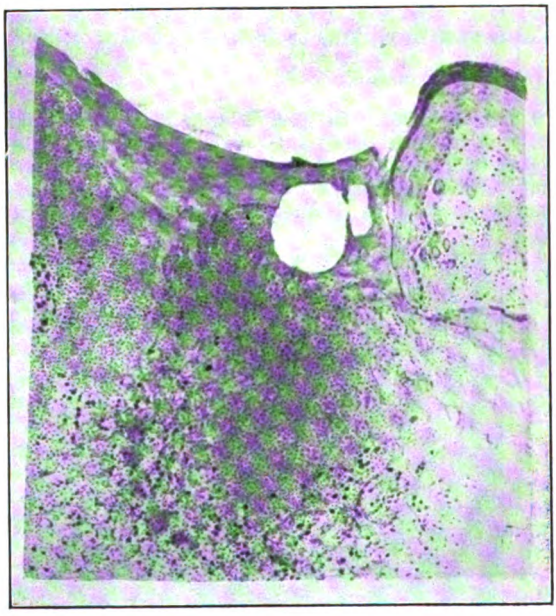


Fig. 2.

Das mikroskopische Bild: Das Epithel ist in der Nähe des Geschwüres verdickt und besonders die Zellen der tieferen Schichten etwas aufgequollen. Die Hornschicht zeigt parakeratotische Veränderung. In der Kutis des Geschwürsrandes finden sich Tuberkel mit Riesenzellen und Epitheloiden. Der Geschwürsgrund selbst ist bedeckt mit einer dünnen Schicht serösen Exsudates, darunter ist das Gewebe mit polynukleären Leukozyten und Lymphozyten strichweise durchsetzt, an vielen Stellen lassen sich die Zellen nicht mehr färben. Auch das elastische Gewebe, das in der noch normalen Haut der Umgebung des Geschwüres sehr stark entwickelt ist, fehlt in dem Grunde des Geschwüres völlig. Die Wandungen der Gefäße sind nicht verdickt. Auffallend ist das fast völlige Fehlen der großen Plasmazellen.

Epikrise: Es handelt sich um eine in ihrem Kräftezustand sehr heruntergekommene Frau, bei welcher offenbar die Hautimmunität gegen Tuberkulose stark herabgesetzt ist. Daß es sich um tuberkulöse Hautgeschwüre handelt, kann trotz Fehlen des Bazillennachweises kaum bezweifelt werden. Dem Nachweis der Much'schen Granula kann nach unseren Erfahrungen bei der Hauttuberkulose eine wesentliche Bedeutung nicht zugesprochen werden. Für den tuberkulösen Charakter der Geschwüre bietet neben dem klinischen Bilde auch der Ausfall der Therapie

Digitized by Google

einen Anhalt. Der negative Ausfall der kutanen Impfung mit Partialantigenen deutet auf die mangelnde Hautimmunität, wobei wir freilich betonen möchten, daß unseres Erachtens die Antikörperreaktion auf Partialantigene durchaus nicht immer einen sicheren Schluß auf vorhandene Antikörperbildung des betreffenden Organs gegen eigene Tuberkulose zuläßt. Infolge dieser mangelnden Antikörperbildung in der Haut konnte die tuberkulöse Infektion derselben zu den beschriebenen umfangreichen Zerstörungen führen; ein Befund, der angesichts der im allgemeinen bei Tuberkulösen zu beobachtenden hohen Antikörperproduktion der Haut hervorgehoben zu werden verdient.

Das histologische Bild läßt große Plasmazellen fast völlig vermissen, die in Fällen starker Abwehrreaktion der Haut nach unseren Erfahrungen so überaus reichlich zu finden sind.

Die Frage nach dem Infektionsmodus muß offen gelassen werden, wobei freilich eine gewisse Wahrscheinlichkeit für eine exogene Infektion vorliegt, wenigstens sind keine Anzeichen einer noch vorhandenen inneren Tuberkulose sicher nachweisbar.

Kritische Studien über Wassermann- und Luetin-Reaktion nach Untersuchungen an 500 Fällen.

Von

Dr. H. L. Mc Neil, Associate Professor an der Medicine University der Texas Medical School in Galveston, Tex.[1]).

(Übersetzt von W. Lehmann-Stettin, z. Z. Zittau i. S.)

Der vorliegende Bericht gründet sich hauptsächlich auf zurzeit noch unbeendigte Untersuchungen, die an der Medicine University von Texas in Galveston vorgenommen worden sind. Der Zweck dieser Untersuchungen ist die Feststellung des Prozentsatzes an Syphiliserkrankungen der Negerrasse. Der vorliegende Artikel ist darum nur ein Teil dieser Arbeit, aber wir halten einen solchen Bericht aus verschiedenen Gründen für gerechtfertigt, in erster Linie wegen der außerordentlichen Bedeutung dieser beiden Reaktionen für die ganze Medizin, und sodann, weil neuerdings die Spezifität der Luetinreaktion angezweifelt worden ist, so von Sherbick-Minnesota (J. A. M. A. 1915, S. 399).

Bevor wir die Einzelheiten unserer Beobachtungen bringen, wird es sich empfehlen, die von uns angewendete Technik kurz zu beschreiben. Die Wassermannproben in den untersuchten Fällen sind nach Noguchis Methode vorgenommen worden, der statt des Hammelblut-Ambozeptors des Original-Wassermann Menschenblut-Ambozeptor gebraucht. Blutabnahme zur Wassermannprobe und Luetinreaktion wird ganz routinemäßig bei jedem Neger vorgenommen, der dem John Sealyhospital zugeführt wird, und zwar geschieht dies so bald als möglich nach seiner Aufnahme.

[1]) Vortrag, gehalten in der 9. Jahresversammlung der Southern Medical Association zu Dallas, Tex., am 8. November 1915 (Southern Med. J.).

Digitized by Google

Luetin wird nach NOGUCHI in der Weise gegeben, daß 0,07 cc intrakutan eingespritzt werden. Das in der Mehrzahl der Fälle gebrauchte Luetin stammte vom Rockefeller Institut for Medical Research und erhielten wir von Dr. NOGUCHI selbst, dem wir an dieser Stelle unseren Dank auszusprechen wünschen. Der Rest stammte von H. K. MULFORD u. Co. Alle diese Proben — sowohl die Luetin- wie die Wassermannproben — sind von mir selbst angestellt und beurteilt worden. Bei der Beurteilung beider Reaktionen haben wir versucht, so zurückhaltend als möglich zu sein, indem wir nur die Proben positiv nannten, die wenigstens 75% Bindung ergaben. Auch haben wir nur diejenigen Luetinreaktionen für positiv angesehen, die eine ausgesprochene indurierte Papel von wenigstens 4 mm Durchmesser und mindestens vier Tage Bestand zeigten. Bei den meisten unserer positiven Luetinreaktionen lag die Sache vollkommen klar und ließ keinem Zweifel Raum. Natürlich hatten wir eine gewisse Zahl unangenehmer Grenzfälle, die zu Zweifeln Anlaß gaben; diese haben wir als negativ gebucht. Die für die Beurteilung schwierigste Reaktion war eine kleine (2—4 mm) harte indurierte Papel mit wenig oder keiner Rötung oder entzündlicher Reaktion, die nur etwa einen Tag bestand und dann verschwand. Eine andere, von uns beobachtete Reaktion, die zu Zweifeln Anlaß gab und hauptsächlich in Fällen beobachtet wurde, die mit Mulfordluetin gespritzt worden waren, war eine kleine, nadelkopfgroße seropurulente Blase, die sich gewöhnlich zwölf Stunden nach der Einspritzung zeigte und etwa ein bis zwei Tage Bestand hatte. Um diese Bläschen findet sich kein entzündlicher Hof und gewöhnlich auch keine Induration. Wir sind außerstande gewesen, eine Beziehung zwischen solchen Reaktionen und Syphilis festzustellen. Wir sind der Meinung, daß sie wahrscheinlich bakteriellen Ursprungs sind. Was überhaupt bakterielle Infektion bei den Luetinproben betrifft, so können wir sagen, daß wir — abgesehen von der eben beschriebenen Läsion — eigentlich nur zweimal eine Infektion erlebten. In beiden Fällen handelte es sich um typische Abszesse mit Pus und Staphylokokken, die mit einer positiven Luetinreaktion absolut nicht zu verwechseln waren. Bei allen unseren Luetinproben haben wir vor der Injektion die Haut mit 95% igem Alkohol desinfiziert. In den beiden Fällen, in denen eine Infektion auftrat, war das Luetin ein paar Tage in einem warmen Zimmer aufbewahrt worden. Hat man einmal einen solchen Fall von Infektion gesehen, so hat man keine Schwierigkeiten, ähnliche Fälle von positiven Luetinproben abzutrennen.

In dem vorliegenden Bericht kommt es uns darauf an, verschiedene Punkte festzulegen, 1. einmal die Beziehungen der positiven Luetinproben zum positiven Wassermann, 2. die Entscheidung der Frage, ob das Luetin als Äquivalent für die Wassermannreaktion gelten kann. 3. ob die Luetinreaktion spezifisch genannt werden kann und 4. ob der Wassermann eine spezifische Reaktion ist. Vor weiterem Eingehen in diese Fragen will ich eine zahlenmäßige Aufstellung unserer Fälle geben (s. Tafel 1).

Bei diesen Zahlen fällt auf den ersten Blick am meisten die verhältnismäßig kleine Zahl von Fällen auf, in denen sowohl Wassermann- wie Luetinprobe positiv waren. Von allen positiven Fällen zeigten eigent-

Digitized by Google

Tafel I.

Wassermann- und Luetinproben am selben Patienten zur gleichen Zeit ergaben:

Positiven Wassermann	138 mal
Positive Luetinreaktion	111 „
Wassermann und Luetin positiv . . .	66 „
Wassermann und Luetin negativ . . .	317 „
Wassermann positiv und Luetin negativ .	72 „
Luetin positiv und Wassermann negativ .	45 „

lich nur die Hälfte positive Reaktionen beider Proben (ungefähr 25% von diesen hatten vor Vornahme der Probe Jodkali bekommen). Die positiven Wassermannproben waren zahlreicher als die positiven Luetinreaktionen. Besonders interessierte uns die Frage, inwieweit beide Proben sich gegenseitig ergänzen, welcher Prozentsatz von sogenanntem zweifelhaftem Wassermann durch eine positive Luetinprobe eine Klärung erfahren würde. Unsere Erfahrungen haben nun gezeigt, daß die beiden Reaktionen sich in der Tat in ziemlich wertvoller Weise ergänzen. In ungefähr einem Drittel unserer zweifelhaften Wassermannproben erhielten wir positive Luetinreaktion, und in ungefähr der gleichen Zahl zweifelhafter Luetinproben erhielten wir positiven Wassermann.

Was die negativen Luetinproben bei klinisch sicheren Syphilitikern anlangt, so können wir die Befunde anderer, die viel Erfahrungen mit der Probe gehabt haben, bestätigen, daß die Luetinprobe in unbehandelten Fällen primärer oder sekundärer Syphilis leicht negativ ist, während der Wassermann in diesem Stadium gewöhnlich eher stark positiv ausfällt als zu irgend einer anderen Zeit. Die positiven Luetinproben stehen darum in einem gewissen Verhältnis zum Alter der Erkrankung, während der positive Wassermann im umgekehrten Verhältnis zur Dauer der Krankheit steht. Wir haben auch noch eine andere Erfahrung bezüglich der Luetinproben bei Syphilitikern gemacht, die unseres Wissens bisher noch nicht erwähnt worden ist; eine Erscheinung, die ein wenig den negativen Tuberkulinreaktionen (von Pirquet) bei Patienten ähnelt, die sich in einem stark vorgeschrittenen Stadium der Tuberkulose befinden. Wir haben nämlich eine Anzahl von Fällen unzweifelhafter Syphilis in allen Stadien der Erkrankung beobachtet, die außerordentlich stark heruntergekommen waren und der Erkrankung zu erliegen drohten und die ausnahmslos eine negative Luetinreaktion ergaben. Solche Fälle geben bekanntlich fast ohne Ausnahme einen stark positiven Wassermann. Wir möchten darum bezüglich des ersten Punktes, den wir zu lösen versuchten, nämlich bezüglich der Beziehungen zwischen positiven Luetin- und positiven Wassermannproben und beider zum klinischen Befunde folgendes als festgestellt betrachten: fast alle Fälle von festgestellter klinischer Syphilis reagieren auf Wassermann wie auf Luetin positiv. Eine negative Reaktion beider Proben wird — wenn sie auch nicht Syphilis unbedingt ausschließen muß — doch von weit höherem Werte sein, als die negative Reaktion einer der beiden Proben. Ein negativer Wassermann ist von weit größerem Gewicht als eine negative Luetinprobe. Der Wassermann ist darum für die Diagnose von weit größerem Werte als die Luetinreaktion.

Unser besonderes Interesse richtete sich auf die Lösung der Frage,

Digitized by Google

ob die Luetinprobe als spezifisch für Syphilis zu betrachten ist. Bis vor kurzer Zeit ist meines Wissens die Luetinreaktion bei jedermann, der damit gearbeitet hat, als spezifisch für Syphilis allein angesehen worden. Neuerdings ist jedoch von einigen Beobachtern berichtet worden, daß man bei Syphilitikern eine positive Reaktion erhält, auch wenn man andere Substanzen als Luetin in die Haut injiziert. So entstand ein positiver Ausschlag, wenn gewöhnlicher Leberextrakt, Peptone, Agar-Agar und andere Proteide an Stelle des Spirochätenextraktes injiziert wurden. Allerdings waren diese Reaktionen gewöhnlich nicht so ausgesprochen als nach Pallidaextrakt. Zudem hat Sherrick kürzlich einen Bericht veröffentlicht, nach dem ihm eine positive Luetinprobe in 99% aller untersuchten Fälle gelang, wenn er diesen vorher Jodkali in genügenden Mengen (2,4 bis 3,6 g täglich, mehrere Tage lang) gegeben hatte, ganz gleich, ob die Betreffenden Syphilis hatten oder nicht. Wir selbst haben früher an die sogenannte Provokation geglaubt, mit der wir in verdächtigen Fällen eine positive Luetinreaktion auszulösen glaubten. Solchem verdächtigen oder zweifelhaften Falle, der einen negativen oder zweifelhaften Luetinausschlag gegeben hatte, während wir einen positiven erwarteten, pflegten wir mehrere Tage — gewöhnlich eine Woche lang — Jodkali und Quecksilber zu geben und dann die Luetinprobe zu wiederholen. Dies funktionierte so außerordentlich gut und unser klinisches Urteil wurde in so vielen Fällen bestätigt, daß wir selbst schon begonnen hatten Verdacht zu schöpfen, als Sherrick seine Fälle publizierte.

In der letztvergangenen Zeit haben wir mehrere Monate lang versucht, auf experimentellem Wege die Befunde von Sherrick entweder zu bestätigen oder umzustoßen. Dabei gingen wir folgendermaßen vor: zunächst wurden alle Fälle untersucht, in denen wir nachkommen konnten, was für Medikamente vor und während der Anstellung der Luetinprobe gegeben worden waren. Solcher Fälle hatten wir ungefähr 400. Ein Blick auf unsere zweite Tafel, die diese 400 Fälle umfaßt, zeigt, daß die Mehrzahl der positiven Luetinproben bei Patienten gefunden wurde, die einige Zeit vor der Probe Jodkali erhalten hatten. Auch die sogenannte verzögerte Reaktion haben wir häufig in solchen behandelten Fällen gefunden.

Tafel 2.

Die Beziehungen der positiven Luetinproben zur Verabreichung von Jodkali und zur tatsächlich vorhandenen klinischen Syphilis in 400 Fällen.

		Davon hatten Jodkali:
Sichere Syphilis mit positiver Luetinreaktion	72	37
Sichere Syphilis mit negativer Luetinreaktion	42	2
Klinisch nicht nachweisbare Syphilis mit positivem Luetinausschlag	59[1])	36
Klinisch nicht nachweisbare Syphilis mit negativem Luetinausschlag	227	6

Der zweite Schritt bei unseren Untersuchungen über Einwirkung des Jodkali war die Auslese aller Fälle, die einen negativen Wassermann und keine klinischen Zeichen von Syphilis hatten. In allen diesen Fällen war die Anamnese absolut negativ. Solcher Fälle hatten wir einige 30. Nach dem negativen Ausfalle der Luetinprobe warteten wir zwei Wochen,

[1]) Darunter 30 ausgesuchte Fälle sicher Nicht-Syphilitischer.

Digitized by Google

gaben dann Jodkali 0,9 g pro Tag, das wir in einigen Fällen bis auf 1,8 g steigerten, und wiederholten dann die Luetinreaktion. In allen Fällen erhielten wir positiven Ausschlag und in allen — mit Ausnahme von fünf — ziemlich heftige Reaktion.

Tafel 3.

Gesamtzahl der Patienten, die während oder vor der Luetinprobe Jodkali[1]) hatten	81
Zahl derer, die positive Luetinproben ergaben	68
Zahl derer, die negative Luetinproben ergaben	13

Schließlich habe ich dasselbe Experiment an mir selbst wiederholt und eine wunderschöne positive Reaktion erhalten, während vorher verschiedene Male die Probe negativ gewesen war. In einigen von diesen Fällen (6) haben wir die Möglichkeit gehabt, eine weitere Luetinprobe einige Wochen nach dem positiven Ausschlag anzustellen, nachdem das Jodkali ausgesetzt worden war. Drei dieser sechs Fälle gaben eine Woche nach Aussetzen des Jodkalis einen guten positiven Ausschlag, während ein Fall nur einen schwach positiven zeigte. Vier dieser sechs Fälle waren zwei Wochen nach Aussetzen des Medikaments negativ, während zwei noch immer positiv reagierten. Einer verblieb sogar positiv bis ans Ende der vierten Woche und zeigte erst nach sechs Wochen negativen Ausschlag.

Danach müssen wir uns die Frage vorlegen, ob nach solchen Befunden der Luetinprobe überhaupt irgend welcher Wert beizumessen ist. Freilich geht aus unseren Fällen und aus vielen anderen Berichten hervor, daß viele Fälle auf Luetin reagieren, ohne vorher irgend welche Medizin erhalten zu haben, und daß die Mehrzahl dieser Fälle deutliche Zeichen klinischer Syphilis tragen. Wie schon oben bemerkt, können Syphilitiker auf Injektion verschiedenster fremder Substanzen reagieren, wo sich bei einem normalen Individuum keine Reaktion ergibt. Ebenso findet sich bei Patienten, die reichlich Jodkali bekommen haben, eine Reaktion nach der Injektion vieler anderer Substanzen als gerade Luetin. Danach scheint es, wie von einigen Autoren hervorgehoben worden ist, möglich, daß die von der Spirochaeta pallida gesetzte Infektion die Haut in bestimmter Weise verändert oder sensibilisiert, in ähnlicher Weise, wie es Jodkali tut. Was die Reaktion der Haut bei der Verabreichung anderer Medikamente anlangt, so können wir kein bestimmtes Urteil abgeben, doch läßt sich aus unseren Erfahrungen der Schluß ziehen, daß weder Quecksilber noch Salvarsan allein eine positive Reaktion hervorbringen können. Andererseits geht aus unseren Beobachtungen hervor, daß eine Anzahl sonst negativer Patienten vor der positiven Luetinprobe eine Zeit lang Quecksilberprotojidid gehabt haben. Wir möchten deshalb aus allen unseren Arbeiten mit Luetin und aus unseren Studien über die Beziehungen der Luetinprobe zur Verabreichung von Jodkali den Schluß ziehen, daß die Luetinprobe nicht als spezifische Syphilisreaktion im engeren Sinne anzusehen ist, aber daß sie doch von einigem Wert

[1]) In Betracht kamen nur Fälle, die wenigstens 1,2 g oder mehr täglich bekommen hatten.

Digitized by Google

für die Diagnose der Syphilis sein kann, wenn die nötigen Vorsichtsmaßregeln getroffen werden, insbesondere Medizin, und zwar nicht nur Jodkali, vorher nicht verordnet wird.

Welchen Schluß können wir nun schließlich aus unserer Arbeit bezüglich des tatsächlichen Wertes der Wassermannprobe ziehen? Zunächst einmal sind wir davon überzeugt, daß die Wassermannprobe von großem diagnostischem Werte ist, wenn sie in der richtigen Weise vorgenommen und beurteilt wird, und darunter verstehe ich eine Beurteilung durch den, der den Fall beobachtet hat, durch den Kliniker, und eine Vornahme der Probe durch einen eingearbeiteten Laboratoriumsassistenten, den man persönlich kennt und in dem man volles Vertrauen haben kann, und nicht durch irgend einen Fremden, den man nie gesehen hat und dessen Arbeitsmethoden man nicht kennt. Der Hauptfehler, der gewöhnlich in den Laboratorien gemacht wird und besonders in den auf kaufmännischer Basis aufgebauten Untersuchungsanstalten, denen ein positiver Wassermann für Syphilis glattweg gilt, ist meiner Meinung nach das Fehlen jeder Angabe über die Technik und Methode, nach der die Reaktion angestellt worden ist, denn es gibt ungefähr soviel verschiedene Wassermannmethoden wie Sterne am Himmel. Bei genauer Prüfung wird man finden, daß kaum zwei Untersucher einen Wassermann in der gleichen Weise vornehmen. Wenn der Kliniker sich vor Augen hält, daß beim Anstellen der Wassermannprobe ein persönliches Moment mitspricht, und daß ein gut eingearbeiteter Laboratoriumsassistent imstande ist, durch geeignete Titration oder besser durch ungeeignete Titration seiner Reagenzien eine negative oder zweifelhafte Reaktion zur positiven zu machen, dann wird er sich vielleicht schneller darüber klar werden, welcher Wert der Auswahl der Untersucher beizumessen ist. Und ebenso wie die Methoden des Wassermann voneinander abweichen, so auch die Beurteilungen dessen, was als positive und negative Reaktion anzusehen ist. Unter diesen Umständen ist darum das einzige Heilmittel eine Feststellung der Wassermanntechnik und die allgemeine Annahme einer Methode, die dann unter Ausschluß aller übrigen Verfahren einzig und allein anzuwenden wäre. Wahrscheinlich wird es noch lange dauern, bis dies erreicht wird, aber wir werden dahin kommen. Den anderen Weg zur Abhilfe können wir alle gehen, er wird aber unglücklicherweise von vielen nicht beschritten, das ist die sorgfältige Abwägung der klinischen Befunde und des klinischen Urteils zusammen mit der sorgfältigen Auswahl eines geeigneten Laboratoriumsassistenten. Mit anderen Worten, ein positiver Wassermann sollte nur als Symptom und nicht als Diagnose angesehen werden.

Digitized by Google

II. Kriegstagung der Südwestdeutschen und Rheinisch-Westfälischen Dermatologen am 28. und 29. September in Frankfurt a. M.

Bericht von Dr. med. et phil. A. Sack in Heidelberg.

Kolle-Frankfurt a. M.: Experimentelle Studien und Versuche zu P. Ehrlichs Salvarsantherapie der Spirochätenkrankheiten und über neue Salvarsanpräparate. (Erscheint ausführlich als Autoreferat in der nächsten Nummer dieser Wochenschrift.)

Fabry-Dortmund hebt das verblüffend schnelle Verschwinden der Symptome in 130 Fällen schon nach kleinen Dosen von 0,15 Silbersalvarsan hervor. Dosen von 0,3 genügen für alle Fälle. Wassermannsche Reaktion wurde nicht durchweg entscheidend beeinflußt, möglicherweise weil seine Fälle alle etwas vorgeschritten waren.

Hugo Müller-Mainz verabreichte 600 Infusionen bei 80 Patienten: entweder 0,1 auf 10,0 Wasser oder 0,2 auf 20,0. Es ist gleichgültig, ob man Glas- oder Metallspritzen nimmt. Nach der zweiten Infusion waren keine Spirochäten mehr auffindbar. Bei lauter schweren Fällen, die herangezogen wurden, ist die Wassermannsche Reaktion durchweg negativ geworden.

Es wurden auch beängstigende Erscheinungen nach der Behandlung beobachtet (plötzliche Aphonie, Urtikaria, Vernichtungsgefühl), die aber rasch vergingen. Bei kombinierter As + Hg-Behandlung wurde starke Gewichtsabnahme bemerkt, bei As allein Zunahme, weswegen Müller jetzt (bei den mißlichen Ernährungsverhältnissen) Silbersalvarsan allein verwendet.

Linser-Tübingen berichtet zunächst über seine Versuche mit der Einverleibung des Sublimats auf intravenösem Wege, die er von der Behandlung der Varizen her kennt. Am besten wird Sublimat mit Blut verdünnt. Besonders gute Resultate erzielte er bei Mischungen von Sublimat mit Silbersalvarsan, die eine milchige Emulsion ergeben, gut vertragen werden und ausgezeichnet wirksam sein sollen (52 Fälle mit 320 Infusionen).

Zieler-Würzburg spricht über Salvarsanschäden. Als die einzige Vergiftungserscheinung bei Salvarsan wäre nur Encephalitis haemorrhagica anzusehen. Diese beruht zweifellos auf Idiosynkrasie und kommt höchstens einmal auf 6000 Fälle vor (gegenüber den letalen Fällen bei grauem Öl 1 : 1000 entschieden nicht zu hoch). Er verbreitet sich ferner über den Icterus syphiliticus, seine Rückfälle nach kombinierter Kur und seine Ausheilung nach vorsichtiger Schlußkur mit Salvarsan allein.

v. Notthaft-München behandelt die frischen Fälle vor der Wassermannschen Reaktion mit Kollargol oder Hg vor, dann infundiert er alle acht Tage à 0,3 Silbersalvarsan sechsmal nacheinander und behandelt mit Hg nach. Positive Wassermannsche Reaktion geht in 75% in negativ über. Negative verändern sich nicht. Bei der sekundären Lues erzielt er 45—50% Dauerheilungen, bei latenter 80%, bei tertiärer 20—40%. Kollargolwirkung sei langsam, aber wesentlich.

Delbanco-Hamburg: 60 Fälle, wie sie sich hintereinander in der ambulanten Praxis ohne allgemeine Kontraindikationen gegen die Salvarsantherapie boten, behandelte D. gemeinsam mit Antoni-Heidelberg, z. Z. in Hamburg, mit dem Silbersalvarsan, 24 Fälle der Primärperiode, 36 der späteren Perioden. Wie die Vorredner, beobachtete er ein schnelles Schwinden der ansteckenden Symptome, ein Schwinden der Spirochäten nach einer Dosis von 0,2. Bis auf das — wohl bei keiner Salvarsantherapie vermeidbare Spirochätenfieber — keine Störungen. (Eine „toxische" Sendung war glücklicherweise noch nicht in Angriff genommen gewesen, da die Mitteilung rechtzeitig eintraf.) Kolles Auffassung über die Wirkung der Hg — Protoplasmaschädigung der Zellen und dadurch erschwertes Haften der Spirochäten, würde die Forderung verstärken, keine Kombinationstherapie (Hg + Salvarsan) zu treiben. Auf das geschädigte Nierenprotoplasma gehört kein Salvarsan (Wechselmann). Ausbildung der funktionellen Nierendiagnostik für die Syphidologen! Das Silbersalvarsan nähert uns der idealen Salvarsantherapie. Die schwarze Farbe der Lösung verlangt eine Einführung der Kanüle getrennt von der Spitze. Die Lösung des Mittels muß gut durchgeführt sein, um Schädigungen der Glasspritze zu verhüten.

Digitized by Google

D. geht auf die Histologie der Kaninchensyphilis ein auf Grund seiner mit Grätz durchgeführten Untersuchungen. Das „kompakte Ödem" (Eugen Fraenkel) mag die spezifische Härte des Primäraffektes erklären. Die Befunde von Uhlenhuth und Mulzer (allgemeine Spirillose bei Ausbildung des Hodenprimäraffektes) geben starke Bedenken gegen die neue Sterilisatio magna von v. Wassermann und Fritz Lesser.

Hoffmann-Bonn hebt Uhlenhuths Verdienste hervor und tritt für Alt-salvarsan ein. Bei Silbersalvarsan sah er (bei 100 Infusionen) keine bemerkenswert wertvolleren Resultate. Bei manchen Patientinnen sah er nach Dosen von 0.3 unangenehme Exantheme und Schwellungen. Er sieht vorerst nicht ein, warum die kombinierte Behandlung aufgegeben werden solite.

Gennerich-Kiel: Bei kleinen Dosen ist die toxische Komponente des Silbersalvarsans außerordentlich gering (höchstens nur bei Oxydationen im Glase oder im Blute bei hohen Dosen). Große Sorgfalt müsse auf langsame Infusion auch kleiner Dosen gelegt werden. Silbersalvarsan allein leistet dasselbe, was andere Salvarsanpräparate mit Hg, weswegen er Silbersalvarsan allein anwendet. Klinische Vergleichungsmaßstäbe sind allerdings schwer aufzustellen. Meningorezidive sind allerdings seltener geworden. Die schlechte Kriegsernährung bleibt eine Kontraindikation gegen kombinierte Kuren. Für frische Fälle, wo es sich nicht um Gefäßsyphilis handelt, zieht er Silbersalvarsan vor.

Nathan-Frankfurt a. M. berichtet kurz über Versuche mit Sulfoxydal in der Frankfurter Klinik. Nebenwirkungen sind nicht beobachtet worden. Bezüglich Silbersalvarsan bestätigt er die im ganzen sehr günstigen Erfahrungen der Vorredner.

Demonstration von Kranken.

1. Rost-Freiburg: Generalisiertes Xanthom? Harte und weiche Tumörchen, die nach dem Reiben anschwellen und nach Bequarzung gelb geworden sind. Histologisch keine Mastzellen. Eosinophile etwas vermehrt. Cholestearingehalt des Blutes an der oberen Grenze. Im Stratum reticulare perivaskuläre tumorartige Infiltrate. Fett nicht nachweisbar. Kern schaumig gequollen, auch das Protoplasma sowohl wie die Kerne der fixen B.G.-Zellen. Nach einer längeren Aussprache (Jadassohn, Hoffmann, Zumbusch, Fabry) einigt man sich unter Verwerfung des Xanthoms auf die Urticaria pigmentosa.

2. Müller: a) Narbenkeloid am Fuß nach Artefakt. M. unterscheidet Simulation von wahrer Trophoneurose der Hysteroneurotiker. Solche kann psychisch beeinflußt werden (Hypnose).

b) Drei Fälle von Acrodermatitis atrophicans zum Teil mit Ulnarleisten und nach rheumatischen Schädigungen.

c) Schwere generalisierte Sklerodermie mit Sprachstörungen (Zungenbeteiligung), kombiniert mit Ichthyose und Alopezie.

d) Sklerodermie bei einer Frau wiederum mit Ichthyose und dekalvierender Alopezie bei schwach entwickelter Schilddrüse. Rost empfiehlt nach Scherber die künstliche Höhensonne, Hoffmann und Jadassohn Thyreoidin, während Zieler weder von Mesenterialdrüsen noch Hypophysisextrakt wesentlichen Nutzen sah. Veiel empfiehlt seine 1—2%ige Thiosinaminsalbe.

e) Systematisierter Nävus der unteren Extremität bei einem Knaben, der schon seit acht Jahren beobachtet wird (Grazer Fall). Anfänglich waren es nur heftig juckende Exkoriationen an den Grenzlinien. Hammer empfiehlt zur Abheilung des juckenden papillomatösen Nävus seine Dauerabschlußverbände (Guttapercha durch Mastisol luftdicht und wochenlang abgeschlossen). Durch Umwandlung der Papillome mit ihren versteckten Abszessen in offene Impetigo wird der Nävus wie das Jucken beseitigt.

f) Lymphangioma cysticum am Thorax. Strichförmig verteilt, schmerzend wie Hautmyome.

3. Sprenger-Mainz zeigt: a) ausgedehnte Hauttuberkulose bei einen Erwachsenen, bestehend seit dem achten Lebensjahr, differentialdiagnostisch interessant.

b) Gaumenaffektion mit positiver Tuberkulinreaktion.

c) Parapsoriasis.

4. Paulus-Aachen: a) Sklerodermiartige Erkrankung nach Salvarsanabszeß am Arm, die auf den Hals und die Brust panzerartig infolge der Hautentzündung übergegriffen hat. Hoffmann und Zieler weisen auf starken Pruritus, der sich auf Salvarsan- und Hg-Injektionen, nach Jadassohn auch auf Phenylglyzin mitunter einstellt.

Digitized by Google

b) Ein Fall zur Diagnose: Pemphigus oder Dermatitis herpetiformis? Vor einem Jahr mit Tonsillitis und Iritis wie etwa Eryth. multiforme aufgetreten, mit regelmäßigen vierzehntägigen Schüben von pemphigoid-urtikariellem Typus.

Diskussion: Lilienthal, Riecke, Hoffmann, Jul. Müller, Jadassohn, Herxheimer, Rosenthal, Zumbusch, Spielmann, P. Unna jr., Klingmüller.

c) Ausgedehnter Lupus erythematosus des Rumpfes mit Erythema (Erysipelas) perstans faciei, verschlimmert durch intensiven Sonnenbrand und Schneereflexwirkung im Felde (ultraviolette Strahlen?).

Diskussion: Arndt, Hoffmann, Jadassohn.

5. Greiff-Worms: Vorgeschrittenes Stadium von Erythema induratum Bazin, nach Art eines schlecht heilenden Ulcus cruris. Die Verwechslung mit Gumma läge nahe, wenn der Fall nicht schon in Nürnberg als typischer Bazin diagnostiziert worden wäre. Wassermann negativ. Veiel tritt für Gummiverbände, Zumbusch für Lichtbehandlung ein.

6. Th Baer-Frankfurt a. M.: a) Dermatitis herpetiformis. Seit Jahren bestehend, mit leichter Schuppung am Rand, wie Pemph. foliaceus (Arndt).

b) Fall zur Diagnose. Bestand seit vier Jahren. Kleine braune Knötchen, am Follikel (Brust usw.) gebunden. Arndt und Hoffmann halten es für eine atypische Psorospermose.

7. Herxheimer-Frankfurt a. M.: a) Sclerodermia circumscripta (Lichen sclerosus) nach Art des Lichen albus.

b) Orientbeule bei einem deutschen Soldaten aus Mesopotamien.

c) Xeroderma pigmentosum schwersten Grades.

Vorträge.

Hammer-Stuttgart: Über abschließende Verbände.

Ritter hat sie zuerst bei tuberkulösen Affektionen angewandt (Gipsverbände), dann auch bei Gelenkeiterungen. Hammer gebraucht Billroth-Batist unter Mastisolverschluß. Der Verband bleibt vier Wochen liegen, wie etwa die alten Heftpflasterverbände. Bei schlecht heilenden, auch impetiginösen Geschwüren ist die Methode gut anwendbar. Ruhe und Entwicklung der reichen Bakterienflora, die die spezifischen Krankheitserreger abtötet, lassen unter dem Eitersee ausgezeichnete Granulationen und Epithelisierung entstehen.

Hammer: Abreibesand (pulverisierter und geschlemmter Quarzsand) zur Nachbehandlung von parakeratotischen Zuständen nach Hautkrankheiten.

Nathan-Frankfurt a. M.: Über Glyzinal, ein neues Glyzerinersatzmittel. Da das Fehlen des Glyzerins in der Dermatotherapie sich bei der Herstellung vieler Präparate unangenehm bemerkbar macht und die bisher angegebenen Mittel, wie Mollphorus und Perkaglyzerin, keinen vollwertigen Ersatz darstellen, war es sehr zu begrüßen, daß die Firma Leopold Cassella & Co., Frankfurt a. M.-Mainkur, der Frankfurter Universitäts-Hautklinik ein neues Präparat, das Glyzinal, zur Erprobung zur Verfügung stellte. Glyzinal stellt eine farblose, geruchlose, vollkommen neutrale, der Konsistenz nach glyzerinartige, stark hygroskopische Flüssigkeit dar. Chemisch besteht Glyzinal aus einer wäßrigen Lösung von Dipyridinbetain-Natriumchlorid und Dipyridinbetain-Kalziumchlorid, deren anorganische Bestandteile vorwiegend in komplexer Bindung vorliegen. Es besitzt ein spezifisches Gewicht von 1.28 (15°). Bei der toxikologischen Prüfung hat es sich bei kutaner, subkutaner und rektaler Applikation als unschädlich erwiesen. Therapeutisch erwies es sich bei fast allen Anwendungsformen der meisten in der Dermatologie üblichen Medikamente als brauchbar, insbesondere war es ein vollwertiger Glyzerinersatz bei der Herstellung des Linimentum und der Lotio Zinci oxydati, dem Linimentum sulfuratum glycerinatum, dem Unguentum glycerini und den Glyzerolaten. Den mit Glyzinal hergestellten Lösungen und Salben ließen sich Zusätze der verschiedensten Medikamente inkorporieren.

Zum Schluß wurden die wichtigen serodiagnostischen Mitteilungen gemacht von H. Sachs und W. Georgi-Frankfurt a. M. Zur Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung durch cholesterinierte Extrakte.

H. Sachs: Die älteren Versuche (Porges und Meier. Herrmann und Perutz, Klausner, Bruck, Jacobsthal, Bruck und Hidaka u. a.), die Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung zu führen, haben in die Praxis wenig Eingang gefunden. So weit es sich

Digitized by Google

um einfache Globulinfällungsreaktionen handelt, ist das verständlich, da die erhöhte Fällbarkeit der Globuline im Blutserum nicht auf Lues beschränkt ist, sondern sich auch bei anderen von der Norm abweichenden Zuständen vorfindet. Von diesem Gesichtspunkte aus ist letzthin MEINECKE zu seiner interessanten zweizeitigen Methode der Ausflockung gelangt, die sich nach den bisherigen Angaben zu bewähren scheint.

Steht man aber auf dem Standpunkte (SACHS, NATHAN, vgl. hierzu auch MEINECKE), daß bei der Wassermannschen Reaktion eine durch das Zusammenwirken von Extrakt und für Lues charakteristischen Serumbestandteilen entstehende Globulinveränderung die Ursache der Komplementinaktivierung ist, so konnte auch der Ersatz der Wassermannschen Reaktion durch eine direkte, einfache Ausflockungsmethode unter Anlehnung an die Bedingungen der Wassermannschen Reaktion nicht aussichtslos erscheinen. Voraussetzung war, den für die Komplementbindung ausreichenden geringen Grad der Globulinfällung („in statu nascendi") genügend zu verstärken. Das gelang durch geeignete Cholesterinierung alkoholischer Organextrakte und durch deren geeignete Verdünnung mit 0,85%iger Kochsalzlösung.

Die derart entstandene Ausflockungsreaktion wird durch einfaches Mischen von 1 ccm zehnfach verdünnten, zuvor inaktivierten Patientenserums mit 0,5 ccm sechsfach fraktioniert verdünnten, cholesterinierten Organextraktes ausgeführt (vgl. Medizinische Klinik, 1918, Nr. 33). Zu den Verdünnungen wird nur 0,85%ige Kochsalzlösung benutzt. Die Gemische bleiben 2 Stunden bei 37° (starke Reaktion jetzt schon ablesbar) und über Nacht bei Zimmertemperatur. Die Beurteilung erfolgt im Agglutinoskop (von KUHN und WOITHE).

Die Ergebnisse führten in etwa 95% der Fälle zu Übereinstimmungen mit der Wassermannschen Reaktion. Bei den divergenten Fällen, bei denen teils die Wassermannsche Reaktion, teils die Ausflockung allein oder stärker positiv ausfiel, handelte es sich meist um Lues. Ein Rest bleibt jedoch, der sich vorläufig der Beurteilung entzieht. Bei der außerordentlichen Einfachheit des Verfahrens, für das allerdings nur eigens dazu bereitete und geprüfte Extrakte benutzt werden dürfen, und bei der weitgehenden Übereinstimmung mit der Wassermannschen Reaktion erscheint die weitere Prüfung der Methode durch praktisch-klinische Erprobung empfehlenswert, um zu einem Endurteil über die Brauchbarkeit für die Serodiagnostik der Syphilis zu gelangen.

W. GEORGI: Auch im Liquor cerebrospinalis ist die Reaktion ausführbar. 0.5 bis 0.05 ccm Lumbalflüssigkeit werden mit 0,25 ccm sechsfach verdünnten, cholesterinierten Organextrakts, wie bei der Serodiagnostik, digeriert. Von 110 Fällen waren in 30 Fällen Wassermannsche Reaktion und Flockung übereinstimmend positiv (zum Teil quantitativ), in 69 Fällen übereinstimmend negativ. (Meningitisfälle usw. als Kontrolle.) Divergent reagierten 11 Fälle, aber nur so, daß die Wassermannsche Reaktion positiv, die Flockung negativ ausfiel. Von diesen Fällen war bei 9 die Wassermannsche Reaktion nicht mit 0,2 ccm, sondern erst mit größeren Liquordosen positiv. Durch Inaktivieren des Liquors war in 4 Fällen von 6 der divergent reagierenden eine schwach positive Flockung zu erzielen gewesen. Durch Inaktivieren wird auch die gelegentlich störend vorkommende Liquoreigenflockung vermindert oder unterdrückt. Durch stärker cholesterinierte Extrakte, andere Extraktbereitung, verschobene Mengenverhältnisse, geänderte Temperaturbedingungen ist vielleicht eine Verfeinerung der Reaktion zu erzielen. Die Flockungsreaktion des Liquors scheint sich von den bisherigen chemisch-physikalischen Liquorreaktionen durch das für Syphilis charakteristische Gepräge auszuzeichnen.

Im Anschluß daran berichtet NATHAN-Frankfurt über klinische Erfahrungen der Serodiagnose der Frühsyphilis mittels der Ausflockung nach SACHS und GEORGI.

Vortragender arbeitet seit etwa 4 Monaten mit der Ausflockungsreaktion nach SACHS und GEORGI. Dabei reagierten unter 1280 mit einem Extrakt geprüften Sera 406 = 31% übereinstimmend positiv, 787 = 62% übereinstimmend negativ, 87 = 7% different. Bei diesen different reagierenden Fällen, in denen teils die Flockung, teils die Wassermannsche Reaktion positiv war, lag anamnestisch oder klinisch Syphilis vor, mit Ausnahme von 3 Fällen, bei denen der Nachweis einer vorangehenden Infektion nicht mit Sicherheit zu ergründen war (je 1 Fall von Ulcus molle mit Bubo, Gonorrhoe bei einer Puella publica, Imbezillität bei einem Kind, dessen Vater an Paralyse gestorben war). Bei einer Wiederholung reagierten 2 von diesen 3 Fällen negativ, bei dem 3. konnte die Untersuchung nicht wiederholt werden.

Bei einem zweiten Extrakt waren die Zahlen der prozentualen Übereinstimmung zwischen der Wassermannschen Reaktion und der Ausflockung annähernd ebenso.

Digitized by Google

Bei einem dritten Extrakt, der nicht besonders für die Ausflockung eingestellt worden war, fand sich nur in 90% der Fälle Übereinstimmung zwischen der Wassermannschen Reaktion und der Ausflockung. Unter den divergierenden 10% der Fälle handelte es sich bei 37 Fällen anamnestisch und klinisch um Syphilis, in 15 Fällen von Ulcera mollia, Gonorrhoe, Furunkulose ad Labia, Phimose, Trychophytie lagen keine Anhaltspunkte für Lues vor. Bei einer Wiederholung reagierte ein Teil dieser Sera negativ. Vortragender erinnert an die auch mittels der Wassermannschen Reaktion beobachteten vorübergehenden positiven Reaktionen bei Fällen von Ulcera mollia mit Bubonen und warnt vor der Überschätzung einer einmaligen positiven Reaktion. Die parallele Verfolgung der Wassermannschen Reaktion und der Ausflockung bei Syphilisfällen im Laufe der Behandlung ergab in vielen Fällen mittels der Ausflockung noch positive Resultate, wenn die Wassermannsche Reaktion bereits negativ geworden war. Durch Heranziehung mehrerer Extrakte konnten die Prozentzahlen hinsichtlich der Übereinstimmung zwischen der Ausflockung und der Wassermannschen Reaktion bzw. dem klinischen Befund noch gesteigert werden. Vortragender empfiehlt, die Ausflockungsreaktion auch in die Praxis der Serodiagnostik der Syphilis einzuführen und sie zur weiteren Erprobung vorläufig neben der bewährten Wassermannschen Reaktion anzustellen. Durch die Kombination beider Methoden wird sich wahrscheinlich die Sicherheit des serologischen Luesnachweises noch weiter steigern lassen.

In gemeinsam mit Dr. Weichbrodt durchgeführten Untersuchungen konnte die Brauchbarkeit der Ausflockungsreaktion auch für die Untersuchung des Liquor cerebrospinalis erwiesen werden.

Fritz Lesser-Warschau beschreibt ausführlich das Verfahren der Meinicke-Reaktion, die er schon 12000mal ausprobiert hat und bei der durch Kochsalzlösungzusatz bei negativen Fällen Auflösung, bei positiven Ausflockung eintritt. Die Methode ist zweizeitig. Ein Röhrchen wird stets zur Kontrolle angesetzt. Er tritt gegenüber Sachs und Georgi besonders warm für Meinicke ein; bei der ersteren Methode läge wegen ihrer zu großen Einfachheit die Gefahr nahe, daß sie popularisiert wird, d. h. jeder, ob berufen oder nicht, sie anwendet und die Methode dadurch leicht diskreditiert werden könnte. Für Liquor eignet sich die Meinickesche Reaktion allerdings nicht.

Lentz-Berlin zweifelt an der durchgehenden Verwendbarkeit von Sachs-Georgi, da sie absolut sicheres Ergebnis nur bei ganz frisch entnommenem Blut (nicht über 24 Stunden) liefere.

Zieler-Würzburg: Auch für Meinicke ist die Blutfrische notwendige Voraussetzung. Da die pardoxen Sera, die bei der Wassermannschen Reaktion positiv, bei Meinicke negativ sind, beim Wechsel des Komplementes mit Meinicke negativ bleiben, während die Wassermannsche Reaktion in negative umschlägt, müsse er der Meinickeschen Reaktion den Vorzug geben. Sie scheint zuverlässiger zu sein.

Gennerich-Kiel arbeitet z. Z. bei Liquor mit Kolloidreaktionen. Im großen und ganzen ist bei der Beurteilung der Methoden größte Vorsicht geboten. Besonders erlebt man jetzt im Kriege erhebliche Schwankungen in deren Ergebnissen. Er ziehe vor, lieber öfter mit dem gleichen Extrakt nachzuuntersuchen als mit verschiedenen Extrakten gleichzeitig zu arbeiten.

H. Sachs (Schlußwort) weist im Anschluß an die Ausführungen von Geheimrat Lentz darauf hin, daß die Sera für die Ausführung der Ausflockungsreaktion nicht frisch sein müssen, daß sich vielmehr nach den bisherigen Erfahrungen das einer serodiagnostischen Untersuchungsstelle auch von auswärts zugehende Material gut eignet. Da es nicht auf die direkte Fällbarkeit (Labilität) der Globuline ankommt, dürfte die mit dem Lagern der Sera eintretende Stabilisierung nicht von wesentlicher Bedeutung sein.

Der Nachteil, den Herr Lesser in der großen Einfachheit der Methode zu erblicken glaubt, kann nicht ernstlich in die Wagschale fallen, falls sich die Methode praktisch bewährt.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

1914, November-Dezember, Bd. 28.

1. Über die Behandlung der Lupus vulgaris mit Kohlensäureschnee, von Lewtschenkow. Verf. rühmt die Anwendung des Kohlensäureschnees bei Lupus vulgaris, welcher ihm in zehn Fällen neunmal gute Dienste leistete. Über die Dauer der Sitzungen und ihre Anzahl lassen sich keine genauen Angaben machen, da die eine wie die andere individuellen Schwankungen unterworfen ist. Im allgemeinen läßt sich nur sagen, daß die Sitzungen bei trockenem Lupus 1 Minute dauern müssen, abgesehen vom Lupus auf den Nasenflügeln, Augenlidern und Ohrmuscheln, wo 30 Sekunden genügen. Bei vegetierenden Formen muß die Sitzung 2—2 1/2 Minuten dauern. Sobald die Reaktion vorüber ist, kann von neuem der Kohlensäureschnee angewandt werden. Im Durchschnitt sind 10—15 Sitzungen zur Zerstörung eines Lupusherdes nötig.

2. Verspätete primäre Syphilis, von Selenew. In zwei Fällen, welche seit der Infektion von Syphilis in dauernder Behandlung von S. gestanden hatten, sah Verf. ohne Koitus das eine Mal nach sechs Jahren, das andere Mal nach zwölf Jahren nach der syphilitischen Infektion das erneute Auftreten eines klinisch typischen, harten Schankers am Ort der ersten Infektion. In beiden Fällen fehlten Drüsenschwellungen und andere Zeichen von Lues. Beide Male war die WR negativ. In dem einen Fall wurden Spir. pallida gefunden, in dem anderen nicht. Allgemeinerscheinungen wurden nicht abgewartet, sondern in beiden Fällen sofort eine spezifische Kur eingeleitet, unter welcher der harte Schanker schwand.

3. Zur Frage der Behandlung der intraurethralen Follikulitiden mit Röntgenstrahlen, von Privatdozent Bogrow. Subakute, saftige, intraurethrale Follikulitiden schwinden leicht nach Röntgenisation. Das Vorhandensein von Gonokokken bietet keine Kontraindikation für die Röntgentherapie, wenn derselben eine längere, energische Behandlung der Urethra vorangegangen ist. Wahrscheinlich können durch andere, saftige Infiltrate der Urethra (ohne Gonokokken) unter der Röntgentherapie schwinden. Ein durch Radium günstig beeinflußter Fall von subakuter Follikulitis scheint dafür zu sprechen, daß die Y-Strahlen den X-Strahlen analog wirken. Frische und große blennorrhoische Herde (Nebenhoden) dürfen unbedingt nicht den Röntgenstrahlen unterworfen werden. Chronische Follikulitiden und katarrhalische Urethritis ohne bedeutende Infiltrate eignen sich anscheinend nicht für die Behandlung mit X-Strahlen.

1915, Bd. 29.

1. Zur Frage des multipeln idiopathischen hämorrhagischen Sarkoms der Haut Kaposi, von Grigorjew. Auf Grund von drei eigenen Beobachtungen dieser Krankheit, welche einer genauen histologischen Untersuchung unterworfen wurden, spricht sich Verf. folgendermaßen über die vorhandenen Veränderungen aus: In den frischeren Geschwulstbildungen findet man drei morphologisch verschiedene Zellformen, nämlich erstens große Zellen mit einem ovalen großen Kern und 2—3 Zellkörnchen, zweitens schmale, stark gedehnte Zellen mit einem intensiv gefärbten, stäbchenartigen Kern und drittens kleine lymphozytäre Zellen. Die Spalten, welche die Geschwulst in verschiedenen Richtungen durchziehen, sind kleinste, sich eben bildende Kapillaren. In den älteren Knoten von Erbsengröße haben sich schon deutliche Kapillaren ausgebildet, deren Wände nicht selten verdickt sind. Die obengenannten Zellen gruppieren sich und bilden Stränge. In den ältesten Knoten springen vor allem die Gefäßveränderungen in die Augen. In den Präparaten begegnet man massenhaften mit weitem Lumen versehenen und mit Blutkörperchen strotzend angefüllten Blutgefäßen, also dem Bild des Angiokavernosus. Hervorzuheben sind auch die Veränderungen der Muskulatur der Gefäße, anfangs eine Hypertrophie dieser Schicht, später bestehend in einer Quellung einzelner Muskelzellen. Endlich muß auch bemerkt werden, daß das elastische Gewebe in den Knoten fehlt und daß Plasmazellen in allen Präparaten vorkommen.

2. Zur Frage der therapeutischen Wirkung von Einspritzungen starker Sublimatlösungen, von Kakuschkin. Die vom Verf. in der Selenewschen Klinik

Digitized by Google

angestellten Versuche mit 4—7%iger Sublimatlösung ergaben keine Vorzüge dieser Behandlung gegenüber derjenigen mit den gewöhnlichen Sublimatlösungen. Nur hinsichtlich des therapeutischen Erfolges.

3. Zur Frage der allgemeinen Wirkung der blennorrhoischen Infektion, von Werschinin. Eine gründliche literarische Übersicht nebst Beschreibung eines einschlägigen Falles von blennorrhoischer Sepsis mit letalem Ausgang.

4. Ulcus molle ani bei einem Knaben, von W. Pospelow. Der 14jährige Knabe war genotzüchtigt worden.

1916, Bd. 30.

5. Zur Klinik der Haut-Leishmaniose, von Meschtscherski. Die Beobachtung von fünf Fällen von Haut-Leishmaniose gibt Verf. Anlaß zu folgenden Schlüssen: Als Grundelement dieses Leidens erscheint eine kleine Papel, welche unter Schilferung verschwinden kann oder sich im Zentrum mit einer Borke bedeckt. In anderen Fällen entwickelt sich aus der Papel ein Tuberkulum, welches gleichfalls eine Borke bildet oder auch zerfällt, so daß ein Geschwür entsteht. Der Ausschlag wird von keinen subjektiven Empfindungen begleitet und ruft keine Störung des Allgemeinbefindens hervor. Bei Erhaltenbleiben der Borke kommt es nicht zum Zerfall und Geschwürsbildung, so daß als Typus dieses Ausschlages der papulo-tuberkulöse Charakter, verbunden mit Borkenbildung gelten muß.

6. Zur Anatomie der Orientbeule und der sie begleitenden Lymphangitiden, von Bogrow. Den Typus der Orientbeule bilden die noch nicht vereiterten Knoten, deren Granulationsgewebe folgende Bestandteile enthält: den Parasit: Ovoplasma orientale und epitheloide Zellen, welche von einer Menge von Lymphozyten, Plasmazellen und anderen Bindegewebselementen umgeben werden. Riesenzellen kommen in bald größerer, bald geringerer Menge vor, jedoch ohne Erscheinungen von käsigem Zerfall. Polynuklearen Zellen begegnet man im Stadium der Nekrotisierung und sekundären Infektion des Granulationsgewebes. Die Epidermis und die Anhänge der Haut werden nur sekundär in Mitleidenschaft gezogen. Die knotenförmigen Stränge gehören zu den spezifischen Erscheinungen der Krankheit, liegen im subkutanen Fettgewebe und sind ihrer Struktur nach perivaskulärer, häufiger lymphangitischer Natur. Als der wahre Typus der Krankheit muß der oberflächlich oder tiefer gelegene Knoten gelten, so daß die Krankheit am besten Granulom des Orients genannt werden müßte.

7. Hektin bei Behandlung der Orientbeule, von Bogrow und Grintschev. Die Verf. haben in einem Falle von Orientbeule mit günstigem Erfolge das Hektin zu je 0,2 in 1 ccm Lösung in das Gewebe in der Umgebung des Geschwürs injiziert. Im ganzen waren acht Injektionen nötig, die gut vertragen wurden.

8. Zur Frage der pseudosyphilitischen Veränderungen des Nasenskeletts, von Bogrow. Beschreibung von zwei Fällen von Perforation des Septum nasi nichtsyphilitischer Herkunft, und zwar in dem einen Falle infolge von Variola, in dem anderen als Folge von mechanischer Verletzung des Septums auf Grund einer Rhinitis nach Kokainschnupfen.

9. Zur Frage der allgemeinen blennorrhoischen Infektion, von Werschinin. Eine literarische Betrachtung.

10. Ein Fall von Sclerodermia ainhumoides, von Pawlowskaja-Karyschewa. Beschreibung eines Falles von Sclerodermia Ainhum bei einem 17jährigen Mädchen, der große Ähnlichkeit hatte mit dem von Düring unter dem Namen Sclerodactylia annularis ainhumoides beschriebenen Falle.

11. Ein Fall von Syphilis mit schweren meningitischen Erscheinungen, die sich während der Behandlung mit Neosalvarsan entwickelten und durch große Dosen Hg (Hydrargyrum bibromatum in Einreibungen) zum Schwinden gebracht wurden, von Selenew. In dem beschriebenen Falle handelte es sich um einen 26jährigen, nervös erblich belasteten Offizier, welcher am 5. IX. 1913 in die Selenewsche Klinik wegen Lues cerebri aufgenommen wurde. Am 24. II. 1913 war bei ihm Lues konstatiert worden. Die Behandlung bestand in vier Neosalvarsaninfusionen (die erste am 1. IV. zu 0,6, die zweite zu 0,9 am 8. IV., die dritte zu 0,9 am 29. IV., die vierte am 21. VII. zu 0,6), und dazwischen hatte er noch 135 Hg-Pillen geschluckt. Die Diagnose im September lautete: Meningitis et Ependymatitis specifica, hydrocephalus internus et Papillitis oedematosa. Unter 32 Injektionen 1% sol. Hg bibromat. und 12 Hg-Einreibungen trat eine ganz bedeutende Besserung ein. A. Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Dermatologische Kleinigkeiten.

Der dermatologische Krankenbestand des Reservelazaretts B. während 26 Kriegsmonaten, von Fritz Callomon. (M. Kl., 1917, Nr. 17.) Callomon beabsichtigt mit seiner Mitteilung die Feststellung von drei Punkten: 1. der prozentualen Häufigkeit der verschiedenen Krankheitsgruppen und -Bilder, 2. der Besonderheiten ihres klinischen Bildes und Verlaufes durch den Einfluß des Heeresdienstes, 3. der durchschnittlichen Behandlungsdauer, d. h. der Belastung des Lazaretts durch dieselben. Es kommen in Betracht 250 Fälle, die klinisch — nicht ambulant — behandelt wurden, und zwar nur dermatologische — nicht venerische — in der Zeit vom 4. August 1914 bis 4. Oktober 1918. Aus der tabellarischen Zusammenstellung geht der hohe Prozentsatz der Krätzekranken (= 23.2%) unter allen aufgenommenen Dermatosen hervor; dann folgen mit untereinander fast gleichen Zahlen Ekzeme, Dermatomykosen, Psoriasis, Staphylokokkosen und Furunkulose. Bei den Ekzemen fiel die Häufigkeit des Befallenseins des behaarten Kopfes und des Gesichtes auf, was wohl durch äußere Einflüsse des Truppendienstes zu erklären ist. Bei einer größeren Anzahl vorher ambulant behandelter Fälle zeigte sich die Notwendigkeit klinischer Behandlung, um durch sachgemäß und gut angelegte Verbände die ambulant kaum zu erreichende Heilung schneller zu erzielen. Bei den Psoriasis- und Furunkulosefällen erwiesen sich als Prädilektionsstellen die beim Dienste besonderen Reizen (Reibungen, Scheuern usw.) ausgesetzten Körperteile. Die längste Behandlungsdauer erforderten die chronisch rezidivierenden Ekzemformen, besonders Berufs- und Gewerbeekzeme, die meist schon vor Diensteintritt bestanden und zu chronisch veränderter Haut geführt hatten; diese und die oft sehr langwierigen Trichophytien stellten die größte Belastung des Lazaretts dar. Was die Behandlung anlangt, deren Besprechung nicht in den Rahmen der vom Verfasser beabsichtigten Übersicht schlägt, erörtert er nur kurz die große Schwierigkeit, die für den Dermatologen aus dem Fehlen von Seife und dem Mangel an Fetten resultiert. Als Ersatz diente ihm die von Neisser warm empfohlene Trockenpinselung und die wertvollen Winke Unnas in den Kriegsaphorismen eines Dermatologen. Vor allem aber betont er die Notwendigkeit, so weit angängig, die Licht- und Röntgenbehandlung heranzuziehen. O. Lasch-Breslau.

Die diuretische Wirkung der Kriegskost, von Leopold Feilchenfeld. (M. Kl., 1918, Nr. 1.) Feilchenfeld glaubt nach seinen Beobachtungen das 35. Lebensjahr ungefähr als Grenze festzustellen, jenseits welcher die Gesamt-Konstitution an den Folgen der Kriegsernährung erheblich leidet und bedeutende Körpergewichtsabnahmen sowie verminderte Widerstandsfähigkeit festzustellen sind. Er nimmt an, daß die jugendliche Zelle durch jede Art der Ernährung genügend angeregt und zum Wachstum gebracht wird, während der ältere Organismus Ausfälle in der Ernährung aus vorhandenen Depots decken muß und, wenn diese verbraucht sind, der Abmagerung anheimfällt. In bezug auf die fast bei allen Menschen, wenn auch in verschiedenem Grade, beobachtete Vermehrung der Wasserausscheidung nimmt der Verfasser an, daß dieselbe nicht nur aus dem Wasserreichtum der fettarm zubereiteten Ernährungsmittel (Gemüse, Kartoffeln usw.) resultiert, sondern daß die so zubereiteten Speisen direkt als Diuretika wirken. Er verordnet, besonders in den Fällen, in denen die Polyurie nachts sehr lästig wird, zweimal täglich 1 Pille von 0,002—0,004 Strychnin nitric. Feilchenfeld hat Strychnin bei Diabetes insipidus und, was für die Praxis sehr wichtig wäre, auch bei Enuresis mit gutem Erfolge in Anwendung gebracht. O. Lasch-Breslau.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

30. November 1918 | Nr. 48 | Band 67

Experimentelle Studien zu Ehrlichs Salvarsantherapie der Spirochätenkrankheiten und über neue Salvarsanpräparate[1]).

Autoreferat von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. W. Kolle,

Direktor des Königlichen Instituts für experimentelle Therapie und des Georg-Speyer-Hauses in Frankfurt a. M.

Die große und weittragende Entdeckung von Paul Ehrlich, die Auffindung eines Heilmittels der Syphilis — des Salvarsans —, war die Folge vieljähriger Arbeit des genialen Forschers. Sie ist die Krönung einer großen Zahl zielbewußter Versuche auf dem Gebiet der Chemotherapie der Trypanosomen und Spirillosen. Auch dann würden Paul Ehrlichs Arbeiten ihre weittragende Bedeutung für die fernere Entwicklung der Chemotherapie haben, wenn er das Salvarsan nicht im Verfolg seiner Arbeiten gefunden hätte, denn über kurz oder lang hätte man dank seiner grundlegenden Forschungen auf dem von ihm vorgezeichneten Wege doch zu diesem oder einem ähnlichen Ergebnis, nämlich zur Auffindung eines der gegen Syphilis wirksamen Arsenobenzole, gelangen müssen. Es waren — um mich des Gleichnisses zu bedienen, das auch Ehrlich selbst gebraucht hat — die Schienenstränge, welche den mit Arsenobenzol besetzten chemotherapeutischen Zug leiteten, von vornherein gebaut, und die ins Rollen gelangten Wagen konnten die Endstation, Heilung der Syphilis, nicht mehr verfehlen. Das vermindert nicht, sondern erhöht die Bedeutung der endgültigen Entdeckung des Salvarsans, die 1909 gelang. Es war tatsächlich, seit Ehrlich und sein chemischer Mitarbeiter Bertheim die Konstitution des Atoxyls durch die Feststellung aufgeklärt hatten, daß es sich bei dem von Bechamps hergestellten Atoxyl nicht um ein Meta-Arsensäureanilid, sondern um das Natriumsalz der Para-Amino-Phenylarsinsäure handelte, für Ehrlich ein leichtes und gegebenes, die chemotherapeutischen Grundsätze, die er beim Studium der Heilung von Trypanosomen mittels Farbstoffen und Arsenikalien geschaffen hatte, auf die Spirillosen einerseits und auf die von ihm erschlossene Reihe der Arsenobenzolderivate andererseits zu übertragen, nachdem P. Uhlenhuth die wichtige Feststellung gemacht hatte, daß die Spirochätenkrankheiten durch das Atoxyl beeinflußbar sind.

Es war nicht nur etwas sehr Reizvolles, sondern auch eine Pflicht der Dankbarkeit für alles, was Ehrlich dieser jungen Wissenschaft, der von ihm begründeten Chemotherapie, geschenkt hatte, die von ihm be-

[1]) Vortrag, gehalten am 28. IX. 1918 auf der Versammlung südwestdeutscher Dermatologen zu Frankfurt a. M. Veröffentlicht in D. m. W., 1918, Nr. 43/44.

Digitized by Google

gonnenen Arbeiten über Vervollkommnung der Salvarsantherapie und Auffindung neuer, womöglich noch wirksamerer Präparate, als sie im Alt- und Neosalvarsan schon vorliegen, fortzusetzen, um dabei womöglich zu weniger giftigen und doch wirksamen oder sonst für den praktischen Gebrauch Vorteile bietenden neuen Verbindungen zu gelangen. Ich habe deshalb, als ich die Leitung des Georg-Speyer-Hauses übernahm, ganz in Ehrlichs Sinne zu handeln geglaubt, wenn ich eine Anzahl zum Teil noch unter Ehrlichs Leitung hergestellter, zum Teil nach seinem Tode gewonnener neuer Körper einem intensiven Studium im Tierversuch unterwarf.

Ehrlich selbst hatte noch die letzten Jahre vor seinem Tode an dem weiteren Ausbau der Arsenobenzoltherapie gearbeitet; der Tod hat ihn leider zu früh dahingerissen. Die großen Erfolge, die das Salvarsan nicht nur in der Heilung syphilitischer Erkrankungen, sondern vor allem auch in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten während des Krieges in Heer und Heimat sich errungen hat, durfte er nur noch zum Teil erleben. Aber alle jetzt Lebenden, und nicht zum wenigsten Sie, die Sie sich tagtäglich von der mächtigen Wirkung der Salvarsanpräparate auf die Spirochäten, die Erreger der verheerenden syphilitischen Erkrankungen, und auf die Krankheitserscheinungen selbst überzeugen können — eine Wirkung, wie sie durch kein anderes Mittel erreicht wird —, werden es verstehen, daß alle Möglichkeiten der Forschung, namentlich im Laboratorium herangezogen werden müssen, um hier die weiteren Grundlagen zu schaffen für Fortschritte in der Behandlung und Bekämpfung der Syphilis des Menschen. Wenn ich Ihnen heute über gewisse Fortschritte auf diesem Wege berichten kann, so war das in erster Linie nur möglich, weil neben dem großen Material an den verschiedenen Verbindungen, das namentlich von Prof. Bertheim, Dr. Benda, Prof. Dr. Karrer und Dr. Bauer gewonnen und chemisch durchgearbeitet war, mir und dem Speyer-Hause die Mitarbeit der Chemiker Prof. Dr. Karrer, Dr. Benda, Dr. Bauer, sowie der Rat der Chemiker der Höchster Farbwerke, Prof. Roser, Dr. Ammelburg und Dr. Reuter und neuerdings auch von Prof. Binz, zur Seite stand. An der biologischen Prüfung der Präparate haben Dr. Gonder, der leider einer Infektion mit Weilscher Krankheit erlag, sowie Dr. Ritz und Fräulein Leupold sich unermüdlich betätigt. Ihnen allen sei für ihre wertvolle Mitarbeit auch hier Dank gesagt[1]).

Niemand als Paul Ehrlich selbst hat mehr anerkannt, welche großen Verdienste bei der praktischen Erprobung der von ihm im Laboratorium gefundenen, im Tierversuch als wirksam ermittelten Präparate gerade die Syphilidologen und Kliniker sich erworben haben. Vortragender spricht allen, die nicht nur Ehrlich selbst so reiche Unterstützung zuteil werden ließen, sondern nach den oben dargelegten Gesichtspunkten sich auch weiterhin an dem Ausbau der Salvarsantherapie durch klinische Erprobung der neuen Präparate beteiligt haben und beteiligen wollen, namentlich den Herren Delbanco-Hamburg, Ehrmann-Wien, Fabry-Dortmund, Galewsky-Dresden, Gennerich-Kiel, Hahn-Bremen,

[1]) Die Publikation aller Belege wird durch Vortragenden gemeinsam mit Dr. Ritz in den „Arbeiten aus dem Institut für experimentelle Therapie und dem Georg-Speyer-Hause", Gustav Fischer, Jena, erfolgen.

Digitized by Google

Herxheimer-Frankfurt und in seiner Vertretung Dr. Nathan, Hoffmann-Bonn, Jesionek-Gießen, Kreibich-Prag, Hugo Müller-Mainz, v. Notthafft-München, Riehl-Wien, Rille-Leipzig, Sellei-Budapest, den herzlichsten Dank aus [1]).

Vortragender setzt dann auseinander, wie die Auswahl der wirksamsten Präparate im Tierversuch geschah. Die Auswertung erfolgte an trypanosomen- und rekurrensinfizierten Mäusen und an syphilisinfizierten Kaninchen. Nach weiteren Mitteilungen über die Kaninchensyphilis, namentlich dem im Institut benutzten Stamm von Truffi, mit dem auch Uhlenhuth und Mulzer sowie Graetz und Delbanco gearbeitet haben, wird dann auseinandergesetzt, wie der chemotherapeutische Index bei der Kaninchensyphilis ermittelt wird. Durch Injektion abfallender Dosen wird diejenige Grenzdose ermittelt, welche bei einmaliger Injektion zur Abheilung der am schwersten zu beeinflussenden Syphilis bei Kaninchen, nämlich der Primäraffekte, führt. Es wird neben der klinischen Ausheilung auch das Verschwinden der Spirochäten durch Gewinnung von Reizserum und Untersuchung im Dunkelfelde erörtert. Die Frage der Rezidive bei Kaninchen, der Monorezidive an den Schankern und der Monorezidive am Auge (Keratitis) sowie die Allgemeinsyphilis bei Kaninchen wird bei diesen Versuchen außer acht gelassen.

Wir haben demnach bei Versuchen an syphilitischen Kaninchen folgende Möglichkeiten:

1. Die lokale Ausheilung der Primäraffekte. Die Schanker sind, solange sie noch in der Entwicklung begriffen sind, meist innerhalb der ersten sechs Monate nur außerordentlich schwer zu beeinflussen. Sie stellen die hartnäckigsten und intensivsten lokalen Gewebsveränderungen dar, deren Heilung nur nach längerer Zeit — 6—8—12 Monate — und nur in einem kleinen Prozentsatz der Tiere spontan erfolgt, sich aber erzielen läßt durch die spezifische Therapie.

2. Die Nichtheilung der Lokalaffekte, die auch nach zeitweiligem Verschwinden der Spirochäten resultieren kann.

3. Die Monorezidive, zu denen gehören: a) die lokalen, in den Schankern oder in deren Narben auftretenden Rezidive. Es handelt sich hierbei um das Analogon der auch bei Menschen in sogenannten Pseudo-Primäraffekten bzw. in den Narben bei Zurückbleiben lebender Spirochätenherde sich entwickelnden Rezidive. b) die übrigen Monorezidive. Von diesen kommt bei Kaninchen nur zur Beobachtung die Keratitis parenchymatosa. Das Spirochäten-Schleimhautmonorezidiv und Neurorezidiv — das im Sinne Ehrlichs und Hoffmanns wohl auch nur als Monorezidiv zu deuten ist — konnte bisher bei Kaninchen nicht beobachtet werden.

4. Die allgemeine Generalisation der Syphilis. Sie kann nur erkannt werden, wenn allgemeine multiple Eruptionen an Haut und Schleimhaut sich zeigen.

Über die der menschlichen latenten Lues mit positiver Seroreaktion bzw. der okkulten konstitutionellen Syphilis ohne nachweisbare Herderkrankung vergleichbaren Kaninchensyphilis sind wir bisher, wie gezeigt, noch wenig orientiert. Aus allen diesen Gründen ist die rezidivfreie Heilung der schwer zu beeinflussenden Primäraffekte beim Kaninchen als Maßstab gewählt worden für die Festsetzung des chemotherapeutischen Index.

Bei unseren vergleichenden Studien an syphilitischen Kaninchen sind daher zur Ermittlung der direkten Heilwirkung der einzelnen Präparate nachfolgende Gesichtspunkte maßgebend:

1. das Verhalten der Spirochäten in dem Reizserum der Lokalaffekte nach Einverleibung des Medikaments;

---

[1]) Bei der Sichtung des Materials ist die langjährige Sekretärin Ehrlichs und des Speyer-Hauses, Fräulein M. Marquardt, mir behilflich gewesen.

Digitized by Google

2. die Schnelligkeit bzw. die Zeit, innerhalb der die Spirochäten nach Einverleibung des Präparates verschwinden;

3. die klinische Heilung bzw. Nichtheilung der Primäraffekte;

4. das Auftreten von örtlichen Rezidiven, nachdem eine klinische Heilung eingetreten war, bzw. das Wiederauftreten von Spirochäten im Reizserum, nachdem sie einmal verschwunden waren (klinisches Mono-Lokalrezidiv mit Spirochäten).

Bei allen Präparaten wurden durch größere Versuchsreihen mit fallenden Dosen diejenige ermittelt, bei der gerade eine klinische Heilung der Primäraffekte, der hartnäckigsten und intensivsten lokalen Gewebsveränderung bei der Syphilis der Kaninchen, mit Verschwinden der Spirochäten festzustellen war.

Die hier zu besprechenden Präparate sind auf gegenüberstehender Tabelle zusammengestellt und umfassen drei Gruppen, nämlich:

1. das Alt- oder Neosalvarsan sowie das Hexaminosalvarsan;

2. Arsalyte;

3. die Metallverbindungen der Salvarsane;

4. eine neue Reihe von Arsenobenzolen, deren Konstitution in Rücksicht auf das feindliche Ausland nicht mitgeteilt werden kann.

Für eine praktische Erprobung am Menschen kommen nur die Präparate in Frage, die

1. keine wesentlich höhere absolute Giftigkeit als das Altsalvarsan besitzen,

2. die einen höheren chemotherapeutischen Index besitzen,

3. die Verbindungen, die sonstige praktische Vorteile bieten, z. B. leichte Löslichkeit bei neutraler Reaktion, Haltbarkeit in gelöster Form, mangelnde Oxydation an der Luft.

Aus den Präparaten heben sich nun zwei besonders ab:

1. das Silbersalvarsan,

2. die Arsenobenzole, die unter 4 aufgeführt sind und den Vorteil besitzen, daß sie in gelöster Form haltbar sind. Diese Präparate gehen unter der Bezeichnung Sulfoxylat 1495.

Bei dem näheren Studium des Silbersalvarsans ergab sich, daß das Silber in Form des kolloidalen Silbers **allein** eine ausgesprochene Wirkung auf die Kaninchensyphilis ausübt. Die Spirochäten verschwinden nach der Injektion von 0,03 pro kg Kollargol innerhalb einiger Tage, und es erfolgt klinisch eine Verkleinerung, ja Heilung der Primäraffekte. Mit Quecksilberverbindungen läßt sich, wie Vortragender mit Dr. Ritz feststellte, ein derartiger Effekt nicht erzielen. Die Wirkung des kolloidalen Silbers auf die Kaninchen-Impfschanker ist um so bemerkenswerter, wenn man berücksichtigt, wie schwer die Spirochäten durch chemische Mittel, abgesehen von anderen Arsenobenzolen, in den vollentwickelten Kaninchenschankern abzutöten oder zum Verschwinden zu bringen sind. Auf Grund der Tierversuche mit Hg wird es mehr und mehr wahrscheinlich, daß dem Hg direkte Wirkung auf die Spirochäten, wie sie den Arsenobenzolen innewohnt, überhaupt nicht zukommt. Die Heilwirkung des Hg bei Syphilis würde sich dann nur dadurch erklären lassen, daß sämtliche Gewebe des Körpers mit Quecksilber, das ja ein starkes allgemeines Protoplasmagift ist, durchtränkt oder, wenn Sie wollen, vergiftet werden, wodurch eine Vermehrung der Spirochäten verhindert wird. Ob die hier festgestellte Wirkung des kolloidalen Silbers ein Analogon der Hg-Wirkung ist, wird im Speyer-Haus experimentell geprüft werden.

Auf Grund der Versuche im Speyer-Hause empfiehlt Vortragender vor allen Dingen die beiden Präparate Silbersalvarsan und Sulfoxylat-

Digitized by Google

Bezeichnung der Präparate	Kaninchensyphilis					Rekurrens					Trypanosomen		
	Dosis tox.	Dosis tol.	Heildosis	Rezidiv	Index	Dosis tox.	Dosis tol.	Heildosis	Rezidiv	Index	Heildosis	Rezidiv	Index
1. Altsalvarsan . .	0,125	0,1	0,01	0,0075	1 : 10	1 : 250 iv.	1 : 275	1 : 800	1 : 1000	1 : 3,2	1 : 2500 bis 1 : 3000	1 : 4000	1 : 9 bis 1 : 10
2. Neosalvarsan . .	0,25—0,3	0,2	0,01	0,0075	1 : 20	1 : 100 iv.	1 : 135	1 : 450	1 : 500	1 : 3,3	1 : 1200	1 : 1500	1 : 9
3. Salvarsan-Hexaminosauer K 362	—	0,15	0,015	0,01	1 : 10	1 : 200 iv.	1 : 250	1 : 1000	1 : 1500	1 : 4	1 : 1200	1 : 400	1 : 5
4. Galyl	0,125	0,1	0,02	0,01	1 : 5	1 : 50 iv.	1 : 100	1 : 300	1 : 400	1 : 3	1 : 300	1 : 250	1 : 3
5. Bismethyl-Standard	0.25	0,22	höher als 0,04	0.04	1 : 5	1 : 200 iv.	1 : 250	1 : 400	1 : 600	—	—	1 : 350	—
6. Dichlorarsalyt . .	0,25	0,2	0,2	0,015	1 : 10	1 : 180 iv.	1 : 200	—	—	—	1 : 200 bis 1 : 300	1 : 350	1 : 1
7. Dibromarsalyt . .	0,36	0,3(?)	0,03	0,02	1 : 10	1 : 150 iv.	1 : 200	—	—	—	1 : 300	1 : 600	1 : 1,5
8. Dijodarsalyt . . .	—	—	0,01	0,0075	—	1 : 180 iv.	1 : 200	1 : 500	1 : 750	1 : 2,5	1 : 500	—	1 : 2,5
9. Kupfer-Salvarsan K 3	0,04	0,035	0.004	0,003	1 : 9	1 : 600 iv.	1 : 700 bis 1 : 800	1 : 2000	1 : 2500	1 : 2,9	1 : 10000 bis 1 : 15000	1 : 15000 bis 1 : 18000	1 : 12,5 bis 1 : 15
10. Platin-Salvarsan .	0,07	0,05	0,005	0,003	1 : 10	1 : 400 iv.	1 : 500	1 : 1000	1 : 1500	1 : 2	1 : 6000	1 : 8000	1 : 12
11. Gold-Salvarsan . .	0,03	0,02	0,005 bis 0,0075	0,004	1 : 4	1 : 350 iv.	1 : 400	1 : 1000	1 : 15000	1 : 2,5	—	1 : 2000	—
12. Silber-Salvarsan .	0,125	0,1	0,004	0,003	1 : 25	1 : 180 iv.	1 : 200	1 : 800	1 : 1000	1 : 4	1 : 4500	1 : 6000	1 : 22
13. Präparat Nr. 1495	0.3	0,25	0,02	0,01	1 : 12	1 : 80 iv.	1 : 100	1 : 700	1 : 800	1 : 7	—	1 : 100	—
14. Präparat Nr. 1496	—	—	—	—	—	1 : 125 iv.	1 : 150	1 : 1250	1 : 1500	1 : 8	—	1 : 300	—
15. Präparat Nr. 1497	—	—	—	—	—	1 : 400 iv	1 : 500	1 : 800	1 : 1000	1 : 1,6	—	—	—

Digitized by Google

salvarsan, deren experimentelle Auswahl und Erprobung geschildert wurde, zur klinischen Beurteilung und der Prüfung, wie weit sie uns Vorteile in der Praxis bieten. Um den schon einmal herangezogenen Vergleich von Ehrlich fortzusetzen, waren auch hier die Schienen, auf denen der Wagen rollend zu diesen Präparaten gelangte und gelangen mußte, durch Ehrlichs grundlegende und das ganze Gebiet der Chemotherapie und der Arsenobenzole aufschließende Arbeiten gelegt worden. Bei den zahlreichen Versuchen, die sich über Tausende von Tieren und noch viele Hunderte von Präparaten erstrecken, war es allerdings häufig notwendig — um zu diesem Ziele zu gelangen und den Wagen durch das Gewirr von Schienensträngen, durch die er gelegentlich laufen mußte, sicher zu steuern —, die Weichen richtig zu stellen und so den Wagen zum klar erkannten Endziel zu bringen. Das war nur möglich unter dem Gesichtspunkte einer allgemeinen Beurteilung der Präparate unter den verschiedensten experimentellen Bedingungen.

Das Silbersalvarsan soll in erster Linie für die Primärperiode der Syphilis und die Frühperiode der sekundären Lues mit manifesten Erscheinungen in Frage kommen. Seine chemotherapeutischen Vorzüge habe ich Ihnen auseinandergesetzt. In größeren Dosen — sechs- bis achtmal wiederholt, 0,2—0,3 pro Dosis — wird es unter allen Umständen da in Frage kommen, wo man eine rasche Spirochätenabtötung erzielen will, und namentlich im Frühstadium der Lues zu empfehlen sein, für deren Behandlung im Sinne der Sterilisatio magna durch Abortivkur bereits Paul Ehrlich und viele von Ihnen, namentlich Hoffmann, Fabry, Gennerich und Scholtz, sowie neuerdings auf Grund der biologischen Erwägungen, die zwar vielleicht noch strittig sind, A. v. Wassermann so energisch eingetreten sind. Für seine Anwendung in größeren Dosen gelten auch jetzt noch die Gesichtspunkte, die Ehrlich in seiner außerordentlich prägnanten Weise — man möchte beinahe sagen als stereoskopische Gedanken — niedergelegt hat (Chemotherapie der Spirillosen, S. 140—141) in dem Vergleich der durch Salvarsanbehandlung zu erzielenden Sterilisatio magna mit einer Operation. Aber dadurch, daß wir nicht mehr mit der einmaligen sehr großen Dosis, sondern mit öfter wiederholten Injektionen den Zweck der Abtötung aller Spirochäten im infizierten Körper erreichen wollen, ist die große und eingreifende, daher mit dem Risiko der Gefahr belastete Operation in Wegfall gekommen und an ihre Stelle die Behandlung mit kleineren und daher ungefährlicheren Operationen getreten, die doch zu dem gewollten Endzweck führt. Immerhin bietet das Silbersalvarsan hier die Möglichkeit der Ausnutzung des Ictus immunisatorius, den es auslöst. Für die Sterilisatio totalis ist dieser nicht von Bedeutung. Je stärker der Ictus auch kleiner therapeutischer Dosen ist, desto größer die Aussicht auf Heilung bei wiederholten Injektionen in Form der Abortivkur.

Ich habe die Hoffnung, daß wir mit Hilfe des Silbersalvarsans bei länger durchgeführter Anwendung zur Therapia magna sterilisans bei Primärfällen und in der sekundären Frühperiode der Lues in einem noch größeren Prozentsatz als mit Alt- und Neosalvarsan gelangen werden. Wir befinden uns bei Verabreichung der maximal therapeutisch wirksamen Dosen von 0,2 und 0,3 Silber-

Digitized by Google

salvarsan zudem m. E. außerhalb der gefährlichen Schwellenwerte, zumal der Arsengehalt des Silbersalvarsannatriums kaum $^2/_3$ von dem des Altsalvarsans beträgt, die Giftigkeit aber annähernd gleich ist. Vielleicht ist als Maximaldosis auch schon 0,25 g pro Dosis ausreichend.

Die wiederholte Anwendung von Dosen des Silbersalvarsans wie 0,2 und 0,3 scheint ferner imstande zu sein, während der Frühsekundärperiode unter Umständen die Anwendung des Quecksilbers, als Kombinationsmittel gleichzeitig gegeben, zu ersetzen. Die rasche klinische Heilung der manifesten Erscheinungen, das Verschwinden der Wassermannschen Reaktion aus Blut und Liquor, die von GENNERICH, JAHNEL und WEICHBRODT festgestellte Beeinflussung der Leukozytenzahl und des Liquor cerebrospinalis durch das Silbersalvarsan bei intravenöser und intralumbaler Injektion sprechen dafür. Es soll damit aber keineswegs gesagt sein, daß die Kombinationstherapie mit Hg überhaupt aufgegeben werden soll; sie wird aus theoretischen Gründen und auf Grund der Erfahrungen der Praxis weiter zu Recht bestehen und für die Dauerbehandlung der nicht durch eine Abortivkur behandelten Fälle wahrscheinlich unumgänglich bleiben, sobald Rezidive klinisch oder serologisch nachweisbar auftreten. Aber die intensive Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion neben dem raschen Verschwinden der Spirochäten nach Einverleibung des Silbersalvarsans ohne Quecksilber scheint doch dafür zu sprechen, daß in dieser Frühperiode eine Behandlung ohne Quecksilber möglich und mit Nutzen für den Patienten durchführbar ist. Das Quecksilber ist ja unter allen Umständen ein zwar den Organismus schädigender Stoff, wird aber bei allen Syphilitikern, bei denen Rezidive klinischer oder serologischer Art nach der ersten Kur auftreten, oder auch bei geeigneten Fällen vor der Salvarsanbehandlung oder als Zwischenbehandlung während der Salvarsanpausen — wie es GENNERICH namentlich vertritt — von allen Syphilidotherapeuten herangezogen werden können und müssen.

Das Sulfoxylatsalvarsan Nr. 1495 ist ein Präparat, das neben den Vorzügen des Neosalvarsans, seiner leichten Löslichkeit usw. und annähernd gleicher therapeutischer Wirksamkeit den großen Vorzug hat, daß es an der Luft wenig oxydabel ist und in Lösungen haltbar ist. Es bietet weiterhin den Vorteil, daß es in hochkonzentrierter 20%iger Lösung blutisotonisch ist, so daß die Dosis von 0,2, 0,3 und 0,4, die in 1,0, 1,5 und 2,0 ccm enthalten ist, ohne weiteres aus der Ampulle mit der Spritze aufgesaugt und injiziert werden kann. Es ist das mildere Präparat der Praxis und kommt vor allem für die intermittierende Dauerbehandlung, zur Ergänzung der Kombinationstherapie mit Hg, bei allen nicht während der Frühperiode klinisch und ätiologisch völlig geheilten, d. h. von Spirochäten vollkommen befreiten Syphilitikern — z. B. bei serologisch positiver Lues latens — in Frage. Namentlich auch für Ärzte, die keine eigene Klinik zur Verfügung haben, also zur ambulanten Behandlung dürfte das Pyrazolonsalvarsan eine willkommene Erleichterung bieten. Es kann ferner eine Rolle spielen namentlich für die Behandlung im Felde, die Behandlung der Rekurrens und Malaria in den Feldlazaretten, und dürfte für alle Fälle von Expeditionen in überseeische Länder sowie da, wo die Ärzte nicht die hohe technische und wissenschaftliche Ausbildung haben, z. B. in Rußland, den Balkanländern, Türkei usw., in erster Linie zur Anwendung kommen.

Das Sulfoxylatsalvarsan ist jedenfalls ein ungefährlicher und bequemer Ersatz des Neosalvarsans. Die Wirkung tritt etwas verlangsamt im Tierversuch auf, und nach den Beobachtungen von Dr. NATHAN in der HERXHEIMERschen Klinik ist dieses auch beim Menschen der Fall. Von besonderem Wert und von Interesse für die Bewertung des Sulfoxylatsalvarsans (Sulfoxylat) aber dürfte eine Beobachtung von JAHNEL und WEICHBRODT sein, daß bei den damit behandelten Paralytikern in einem

Digitized by Google

auffallend großen Prozentsatz die Wassermannsche Reaktion negativ wird. Die Frage der Intervalle, in denen diese Verbindung injiziert werden muß, ist ebenso wie die Frage der Ausscheidung bei der klinischen Erprobung noch eingehend zu studieren.

In Beeinflussung der manifesten Erscheinungen der Lues und der Spirochäten bei primärer und sekundärer Syphilis hat sich in einer Anzahl von Versuchen, die in der Herxheimerschen Klinik von Dr. Nathan angestellt wurden, das Sulfoxylat dem Neosalvarsan bezüglich der therapeutischen Wirksamkeit als gleichwertig erwiesen. Eine Gefährdung der Patienten, wie sie durch Injektion von Neosalvarsanlösungen, die längere Zeit an der Luft gestanden und eine Zunahme der Toxizität durch Oxydation erfahren haben, eintreten kann, kommt bei dem Sulfoxylat nicht in Frage, da dieses Präparat innerhalb 24 Stunden bei Luftzutritt keinerlei Veränderung aufweist.

Es war sicher eine nützliche und begrüßenswerte Idee, zur Gewinnung einwandfreien Materials über Salvarsanschädigungen und -todesfälle eine Kommission einzusetzen, wie es seitens des ärztlichen Vereins in Köln geschehen ist. Ich hoffe, daß die Ergebnisse dieser von den Herren Moritz, Hoffmann, Meirowsky und Zinsser geleiteten Arbeiten der Salvarsankommission auch der Beurteilung der neuen Präparate zugute kommen werden.

Am Schlusse seiner Ausführungen weist Vortragender darauf hin, daß es fraglich erscheint, ob wir je ein Verfahren oder ein Präparat erhalten werden, das ohne jede Gefahr und Schädigung die Syphilitiker der Heilung zuführt. Auch für die Therapie gilt das Wort: „Sunt certi denique fines." Nebenwirkungen haben alle Präparate, die als ätiotrope Heilmittel bekannt sind: das Chinin, die Salizylsäure, die Heilsera, das Quecksilber und viele wertvolle Medikamente, die für die symptomatische Behandlung von Krankheitszuständen unentbehrlich in der Therapie geworden sind. Die Schädigungen einer energischen Quecksilbertherapie, wie sie bis zur Auffindung des Salvarsans notwendig war, wurden — und werden vielleicht auch jetzt noch — von vielen unterschätzt. Jedenfalls bieten aber die neuen Salvarsanverbindungen die größte Aussicht, die Nebenwirkungen des Salvarsans (sogenannte Salvarsanschädigungen) auf ein Minimum zu beschränken und vielleicht Salvarsantodesfälle ganz auszuschalten. Das zu erreichen, war das Ziel des Vortragenden, als er an die Arbeiten Paul Ehrlichs, die zur Auffindung der Arsenobenzole und im besonderen des Salvarsans führten, anknüpfend, die experimentelle Salvarsanforschung im Speyer-Hause fortsetzte. Wenn sich diese Erwartungen bestätigen, so wird nicht nur in der praktischen Verwendung der Salvarsane ein Fortschritt zum Besten der syphilitisch Erkrankten erzielt, sondern auch die Salvarsantherapie, an der — wie an allem Großen und Guten — allzu kritische Nörgler zu rütteln versuchen, aufs neue gestützt und in der Anwendung in größtem Maßstabe, namentlich auch zur Ausrottung der Syphilis als Volksseuche, in vermehrtem Maße nutzbar gemacht werden.

Hätte der Krieg nicht seit Ehrlichs Tode nun schon drei weitere Jahre gewütet, so würde die Großtat Paul Ehrlichs sicher schon ihre Ehrung durch Errichtung eines Denkmals für den Begründer der experi-

Digitized by Google

mentellen Chemotherapie der Infektionskrankheiten erfahren haben, der Mit- und Nachwelt zur Kunde. Den unauslöschlichen Dank der Ärzte und des leidenden Teiles der Menschheit, die den Segen des Salvarsans an sich selbst erfahren hat, hat er sich durch seine genialen Arbeiten schon gesichert und sich selbst damit ein unvergängliches Denkmal gesetzt, ein Monumentum aere perennius.

Aus der Kgl. Universitäts-Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten (stellv. Direktor: Dr. FRANZ BLUMENTHAL).

Über Latenzstadien bei einer chronischen Pilzerkrankung.

Von

Dr. med. MARIE KAUFMANN-WOLF.

Das große Interesse, das sehr berechtigterweise zurzeit allen Arten von Pilzerkrankungen entgegengebracht wird, veranlaßt mich, eine Selbstbeobachtung kurz mitzuteilen.

In Band 21 der Dermatologischen Zeitschrift berichtete ich 1914 über Pilzerkrankungen der Hände und Füße und wies als häufigsten Erreger der damals beschriebenen Affektion einen dem Trichophytum equinum nahestehenden Pilz nach. Ganz ohne Absicht und Vorsatz, also nicht experimenti causa, infizierte ich mich bei der Arbeit mit dem genannten Pilz[1]). Es traten an der Palmarfläche meiner linken Hand die bekannten sagoähnlichen Bläschen auf, und kulturell konnte der genannte Pilz nachgewiesen werden. Unter der bei uns üblichen Behandlung mit Jodtinktur und Zinkpaste verschwanden relativ rasch Juckreiz und Bläschen. Alljährlich aber im Sommer, zur Zeit der heißesten Tage, kehrt als Vorbote der Bläschen regelmäßig an der Palmarfläche der linken Hand der Juckreiz wieder, dem dann die Bläschen nachfolgen. Der Pilz ist regelmäßig mikroskopisch und experimentell nachgewiesen worden, zuletzt im Sommer dieses Jahres. Wie ist diese rezidivierende Affektion aufzufassen?

Eine regelmäßig wiederkehrende Reinfektion mit der gleichen Pilzart an genau der gleichen Körperstelle erscheint höchst unwahrscheinlich. Nebenbei sei bemerkt, daß die Gelegenheit zur Infektion, da ich aus Mangel an geeigneten Nährböden im Kriege nur ausnahmsweise, wenn ein besonderes Interesse bestand, Pilze gezüchtet habe, sicherlich nicht groß war. Man wird also mit mehr Wahrscheinlichkeit annehmen dürfen, daß es sich um ein Aufflackern der alten Affektion handelt, daß also diese Erkrankung monatelang völlig latent weder subjektiv noch objektiv klinisch wahrnehmbar ist und nur zur Zeit großer Hitze manifest wird. Diese Beobachtung wirft ein Licht auf die in meiner erwähnten Publikation gegebene Schilderung des klinischen Bildes: „Auch

[1]) Neuerdings ist von GRAFFENRIED in der BLOCHschen Klinik die experimentelle Erzeugung dieser Affektion mit dem genannten Pilze gelungen. (Derm. W., 1918, Bd. 66. S. 361.)

Digitized by Google

eine weitere Aussaat an entfernteren Stellen von zerstreut oder gruppiert stehenden Bläschen findet statt." Es wird also anzunehmen sein, daß diese weitere Aussaat an entfernteren Stellen durch kontinuierliches Wachsen der Pilze in der Haut zustande kommt, ohne daß die Pilze allenthalben Symptome hervorrufen. Die Richtigkeit dieser Annahme wird durch die früher auffallenden Befunde SCHRAMEKS erwiesen [1]). Dieser leider so früh verstorbene Autor, der meine Beobachtungen der Pilzerkrankungen an den Händen und Füßen mit großem Interesse aufnahm, und weiter fortführte, teilte mit: „Der mikroskopische Pilznachweis war nicht nur in den erkrankten Hautpartien, die schon makroskopisch Zeichen von irgendwelchen Veränderungen aufwiesen, positiv, sondern abseits davon an scheinbar normaler Haut des Fußes ohne pathologische Krankheitserscheinungen irgendwelcher Art."

Weitere Untersuchungen müssen nun ergeben, ob wir es hier mit einer in den anatomischen Verhältnissen begründeten Eigentümlichkeit dieser einen Pilzerkrankung zu tun haben, oder ob wir auch bei anderen Pilzerkrankungen mit diesen unliebsamen Latenzzuständen und Rezidiven rechnen müssen.

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des hauptstädtischen St. Johannes-Spitals in Budapest (Chefarzt: Universitätsdozent Dr. JOSEF GUSZMAN).

Untersuchungen über die Wirkung der Milchinjektionen auf den Verlauf des weichen Schankers.

Von

Dr. JOSEF GUSZMAN.

Im Verlaufe der an unseren Syphiliskranken angestellten Versuche mit Milchinjektionen haben wir uns entschlossen, die künstliche Fieberbehandlung auch bei anderen Geschlechtskrankheiten anzuwenden. Zwar ist die Fieberbehandlung der Gonorrhoe jetzt an der Tagesordnung, aber die bisherigen Erfahrungen, die besonders mit Milchinjektionen z. B. von H. HECHT [2]) gemacht worden sind, scheinen nicht besonders vielverheißend, und so experimentierten wir denn auch in dieser Richtung nicht. Über Augentripper mag ich mich hier nicht verbreiten; über die bei diesem Leiden mittels Injektion erzielbaren günstigen Ergebnisse haben vor geraumer Zeit L. MÜLLER und unlängst L. v. LIEBERMANN dieses Jahres berichtet. Anders steht es um die Frage im Falle des Ulcus molle. Hier haben wir auf die unmittelbare Wirkung der bei Milchinjektionen in der Regel auftretenden Fieberreaktion besonders Bedacht genommen. Abgesehen nämlich von vielen anderen Erfahrungen, die darauf hinweisen, das Virus des weichen Schankers, der UNNA-DUCREYSche Streptobazillus, sei eine ziemlich labile, widerstandsunfähige Bakterienart (längst be-

[1]) SCHRAMEK, MAX. Befunde von Pilzerkrankungen der Hände und Füße. (Arch. f. Derm., Bd. 121, H. 4.)

[2]) H. HECHT. Zur Fieberbehandlung der Gonorrhoe. Derm. W., 1917, Nr. 36.

Digitized by Google

kannte gute Wirkung sehr warmer örtlicher Bäder), ist es speziell ein schwerer Fall von Ulcus molle serpiginosum, der mich auf die Versuche mit Milchinjektionen brachte, und den ich hier mitteilen will.

Der 44jährige Patient, A. R., wurde am 4. Oktober 1913 an der chirurgisch-urologischen Abteilung Doz. Rihmer des Neuen St. Johannes-Spitals aufgenommen. Er gibt an, seit zwei Jahren krank zu sein. Als er sich auch in meiner Spitalsordination meldete, fanden wir, daß die Haut auf dem Mons veneris, an der Peniswurzel, in der rechten Leistengegend und in deren unmittelbaren Umgebung in Handflächengröße vernarbt ist. An der Peripherie der Hautnarbe, besonders am Schenkel und am Mons, je eine 1—2 cm breite, 6—8 cm lange serpiginöse, eiternde und äußerst schmerzende Geschwürbildung mit unterminierten und gezackten Rändern. Der Prozeß währt seit zwei Jahren und nimmt, einige Remissionen abgerechnet, an Verbreitung beständig zu. Innerhalb der zwei Jahre wurden mehrfach antiluetische Kuren in Anwendung gebracht (wiewohl auch die Wassermannsche Reaktion mehrere Male negativ ausfiel), nebenbei auch Jodoformbehandlung, Paquelin und Röntgenbestrahlung.

Diagnose: Ulcus molle serpiginosum. Während des halbjährigen Spitalsaufenthaltes des Patienten beobachteten wir das Geschwür ständig; es zeigte sich all die Zeit über keine Tendenz zur Heilung. Systematisches Ätzen mit Karbol und Zerstören mittels Glüheisens brachten bestenfalls nur flüchtige Besserung.

Der kräftige, aber während dritthalbjähriger Krankheitsdauer arg herabgekommene Patient wurde am 21. März 1914 plötzlich von Schüttelfrost befallen und klagte über noch heftigere Schmerzen. Am nächsten Tage fanden wir in der Umgebung des Geschwürs, besonders in der rechten Hüftengegend, in einer Ausbreitung von mehreren Handflächen, typischen Rotlauf, der sich alsbald über das rechte Gesäß und die Kreuzgegend verbreitete.

Therapie: Chinin und Bleiwasserkompressen. Nach mehrtägiger Behandlung heilte der Rotlauf glatt. Die Ausbreitung des Geschwüres hatte schon bei der hohen Fiebertemperatur etwas ausgesetzt, ja es zeigte sich Besserung. Nach Schwinden des Rotlaufes beginnt sich zu unserem höchsten Erstaunen das Geschwür sehr rasch zu reinigen und zu vernarben, so daß es nach $2^1/_2$jährigem Bestehen nunmehr in kaum vier Wochen völlig verheilt ist. Patient wird am 29. April 1914 vollständig geheilt entlassen.

Wie aus der Krankheitsgeschichte erhellt, ist der Verlauf des Falles äußerst interessant und lehrreich und spricht beredt dafür, auf wie guter Beobachtung die Ansicht der älteren Ärzte über die etwaige kurative Wirkung des Erysipels bei gewissen Krankheiten beruhte. Bei Beobachtung des Falles suchten wir die besonders günstige Wirkung des Rotlaufes durch den speziellen Prozeß der Infektionskrankheit zu erklären und nahmen an, daß die durch den Rotlauf hervorgebrachten Toxine den Boden für den Streptobazillus wohl ungeeignet machen dürften; eine Annahme, die natürlich nicht auf ihre Stichhaltigkeit hin bewiesen werden konnte. Angesichts der hohen Fieberreaktion bei unseren Heilungsversuchen mittels Milchinjektion mußten wir wohl zu der Annahme gelangen, die Heilung sei in jenem Falle nicht durch das Erysipel als Krankheitsprozeß hervorgerufen worden, sondern lediglich — oder doch zumindest hauptsächlich — durch die Hand in Hand mit der Krankheit schreitende hohe Temperatursteigerung. In der überhitzten Haut findet der Streptobazillus seine Daseinsbedingungen nicht und geht so einfach zugrunde.

Unsere in Fällen von Ulcus molle vorgenommenen Injektionsversuche mit Milch schienen diese Voraussetzung bald zu bestätigen.

Schon jetzt, an dieser Stelle, sei betont, daß die durch Milchinjektion bei Ulcus molle-Fällen hervorgerufene hohe Fieberreaktion von so auffallender, prompter und präziser

Digitized by Google

Heilwirkung war, wie wir sie bei anderen Verfahren nie auch nicht einmal annähernd zu erreichen vermocht hatten. Die Geschwüre waren binnen kurzem, binnen Tagen, verheilt, der Schmerz in der Regel schon während der ersten 24 Stunden geschwunden. Als Beispiel seien hier einige Fälle angeführt.

1. Fall. Die 31jährige Private Frau B. R. wurde auf unserer Abteilung am 15. September 1917 aufgenommen. Verspürt seit zwei Wochen Schmerzen in der Mastdarmgegend, die sich bei Stuhlgang erhöhen. Rings um den Mastdarmafter in Strahlenform mehrere hanfkorn- bis linsengroße eiternde, äußerst schmerzhafte Geschwüre mit gezackten Rändern. In der linken Leistengegend zwei bohnengroße Lymphknoten.

Diagnose: Ulcera mollia. Keinerlei örtliche Behandlung. Am Morgen des 19. September Milchinjektion (5 ccm). An demselben Abend und am folgenden Morgen fiebert die Patientin. Maximaltemperatur 39,5°. Am 20. September: Geschwüre wesentlich geringer, rein geworden, die Ränder nähern sich einander. Schmerz völlig verflogen. 21. X.: Geschwüre völlig verheilt.

Wie hieraus ersichtlich, sind die Geschwüre in diesem Falle nach einer einzigen Milchinjektion binnen zwei Tagen völlig verheilt.

2. Fall. Patientin, die 15jährige Stickerin A. K., wurde auf unserer Abteilung am 5. Oktober 1917 aufgenommen. Fühlt seit einer Woche Schmerzen in der rechten Leistengegend.

Status praesens: In der Fossa navicularis ein hellerstückgroßes, kaum eiterndes, nicht infiltriertes Geschwür mit gezackten Rändern. In der rechten Inguinalgegend eine schmerzhafte Lymphdrüsenschwellung von der Größe einer kleinen Faust. Linksseitige Drüsen nicht tastbar.

Diagnose: Ulcus molle, Bubo ingu. absc. l. d.

Therapie: Keine örtliche Behandlung. Am 6. Oktober ist die Haut über der Leistengegend hochrot, ausgesprochene Fluktuation. Am 7. Oktober erste Milchinjektion (5 ccm). Temperatur bis zu 38,6°. 9. Oktober: Das Geschwür ist ganz oberflächlich, völlig gereinigt, wesentlich kleiner. Schmerz verflogen. Bubo auch bei Druck gänzlich schmerzlos. Größe jetzt die eines Gänseeies, starke Fluktuation. Am 11. Oktober zweite Milchinjektion (10 ccm). Temperatursteigerung bis 38,3°. 12. Obtober: Die fluktuierende Drüseneiterung ist kleiner. Das Geschwür in der Fossa zu einer kleinen Wunde von Zuckermelonenkerngröße geworden. 13. Oktober: Die Wundfläche ist ganz klein. Bubo auf ein Drittel der ursprünglichen Größe reduziert; nur noch geringe Fluktuation. An demselben Tage die dritte Milchinjektion (10 ccm). Temperatur 38,9°. 14. Oktober: Bubo kaum nußgroß. Entzündungserscheinungen, Fluktuation geschwunden. Das zur reinen Wunde gewordene Geschwür kaum sichtbar. 15. Oktober: Bubo und Ulkus völlig geheilt. Die ganze Behandlung hat demnach aus drei Milchinjektionen bestanden (5, 10 und 10 ccm). Heilungsdauer acht Tage.

3. Fall. Die 22jährige Private M. Sz. wurde am 17. September 1917 auf unserer Abteilung aufgenommen. Sie suchte darum wegen Flusses und schmerzhaften Geschwüres nach. Außer Urethritis und Zervizitis (negativer Gonokokkus-Befund) an der linken Glutäalgegend in der Nähe des Dammes ein kronenstückgroßes, eiterndes, mit hochrotem Hofe umgebenes schmerzhaftes Geschwür mit zackigen und unterminierten Rändern, keine Infiltration. In der rechten Leistengegend eine 2 cm lange Narbe, in der linken eine kinderfaustgroße, etwas schmerzhafte Drüsengeschwulst. Wassermann negativ.

Diagnose: Ulcus molle, Bubo incip. l. s. Keinerlei örtliche Behandlung. Am nächsten Tage, 18. September, erste Milchinjektion (5 ccm). Unter ziemlich heftigen Schmerzen steigt die Temperatur bis zum Abend auf 39°. 19. September: Fieberfrei. Grund des Geschwüres gereinigt, Ränder ein wenig zusammengezogen. Vollkommene Schmerzlosigkeit. Über der linken Leistendrüsengeschwulst ist die Haut entzündet, zentrale Fluktuation. 22. September. Das Geschwür ist völlig gereinigt, sehr oberflächlich und nur noch linsengroß. Die Lymphdrüsengeschwulst fluktuiert, ist jedoch

Digitized by Google

schmerzlos. 23. September: Zweite Milchinjektion (10 ccm). Schüttelfrost, heftige Kopfschmerzen. Temperatur am Abend 40,1°. 24. September: Fieberfrei. Das Geschwür vollständig verheilt. Drüse geschwollen, Entzündung wesentlich abgenommen, Eiter in Resorption begriffen. 28. September: Drüsengeschwulst größtenteils zurückgegangen. Fluktuation nicht nachweisbar. Die Leistendrüse nur in Haselnußgröße tastbar. 30. September: Drüsengeschwulst vollständig verschwunden. Vollständige Ausheilung innerhalb von 8 (Ulkus) bzw. 13 (Bubo) Tagen.

Bemerkenswert ist in diesem Falle, daß der große weiche Schanker und die faustgroße, eiternde und stark fluktuierende Drüsengeschwulst lediglich infolge von drei Milchinjektionen, ohne jede andere örtliche Behandlung, in nicht ganz zwei Wochen völlig geheilt war.

Einer unserer eklatantesten Fälle ist der folgende:

4. Fall. V. Sz., Dienstmagd, 17 Jahre alt, wurde am 27. September 1917 aufgenommen. Stand bereits in Behandlung wegen Fluor. Keine luetischen Symptome. Anamnese negativ. Wassermann negativ. In der rechten Leistengegend, auf einer Fläche von Kinderhandgröße, 8—10 hanfkorn- bis linsengroße, eiternde, nicht infiltrierte schmerzhafte Geschwüre mit unterminierten Rändern. In der Mitte der Geschwürsgruppe ein gleichartiger Schanker von der Größe eines Kronenstückes. Außerdem ein linsengroßes Ulkus an der inneren Oberfläche der linken großen Schamlippe. Im Sekret reichlich Unna-Ducreyscbe Streptobazillen.

Diagnose: Ulcera mollia. Keine örtliche Behandlung; verordnet wird bloß Reinhaltung mittels Seife und Wasser. Am 28. September erste Milchinjektion (5 ccm), der aber keine Fieberreaktion folgt. 29. September: Zweite Milchinjektion (10 ccm). Temperatur bis 39°. Am 30. September, um die Zeit der Morgenvisite erscheint der Boden der Geschwüre völlig gereinigt, die Geschwüre selber kleiner, zusammengezogen. Kein Schmerzgefühl, im Sekret keine Unna-Ducreyschen Bazillen zu finden. 1. Oktober: Dritte Milchinjektion (10 ccm). Temperatur 38°. 2. Oktober: Sämtliche kleineren Geschwüre völlig verheilt, bloß das zentralgelegene ist noch vorhanden, aber zur reinen Wunde umgestaltet und nur noch hanfkorngroß. 3. Oktober: Vollständige Heilung. Angesichts des Umstandes, daß die erste Milchinjektion keine Reaktion ausgelöst hatte, muß die Heilung erst von der zweiten Injektion an gerechnet werden, vom 29. September. Die Heilungsdauer betrug also — nach zwei Milchinjektionen — fünf Tage!

Patientin verblieb wegen Urethritis gonorrhoica in weiterer Behandlung auf unserer Abteilung.

5. Fall. J. P., 20jährige Magd, wurde am 11. November 1917 aufgenommen. An dem untersten Teil der Crena ani sowie an einer der Falten in der Analgegend ein zwanzigheller- bzw. linsengroßes, gezacktes, unterminiertes, eiterndes, schmerzendes Geschwür. Vollständig ähnliches, kronenstückgroßes Geschwür in der Mitte der linken Glutäalgegend. Ein starker Inflammationshof umgibt das Geschwür.

Diagnose: Ulcera mollia.

Therapie: Keinerlei lokale Behandlung außer Reinhaltung mittels Wasser und Seife. Erste Milchinjektion am 12. November (10 ccm). Temperatur 38,7°. 13. November: Geschwüre völlig gereinigt, Schmerz geschwunden. Am 14. November zweite Milchinjektion (10 ccm). Temperatur 39,3°. 15. November: Das Gesäßgeschwür etwa um die Hälfte vermindert, zu reiner granulierter Wundfläche geworden. Die beiden anderen kleinen Geschwüre verheilt. 16. November: an der Stelle des Gesäßgeschwüres eine linsengroße Wunde. 17. November: Vollständige Heilung. Gesamtbehandlung: zwei Milchinjektionen (je 10 ccm). Heilungsdauer: sechs Tage.

Wir könnten noch solche mit Milchinjektionen wirkungsvoll behandelte Fälle von Ulcus molle in größerer Zahl anführen, doch glauben wir, die erzielten Resultate sind so deutlich und überzeugend, daß es überflüssig wäre, die Mitteilung der Fälle fortzusetzen. Wir möchten bloß erwähnen, daß die Ausheilung so großer weicher Geschwüre, wie sie in unseren Fällen vorkommen, bei fachgemäßer Behandlung und

Digitized by Google

selbst bei glattem Verlauf in der Regel mehrere Wochen beansprucht. Die rasche Besserung und Heilung der in einzelnen unserer Fälle als Komplikation vorgekommenen Bubonen ist keine neue Entdeckung, erwähnt doch schon R. Müller[1]) in einer im Jahre 1916 erschienenen Abhandlung, daß als Folge der Fieberbehandlung die Resorption der Bubonen sich beschleunigt, was die Behandlungsdauer wesentlich verkürzt.

Wie wir schon weiter oben erwähnt haben, war bei der Behandlung des Ulcus molle mit Fieberreaktion im vorhinein unsere Annahme, daß der Streptobazillus eine äußerst labile Bakterienart sei. Wir wissen, daß er schon bei 38—40° Hitze leicht genug zugrunde geht und auch durch chemische Desinfektionsmittel leicht und bald vernichtet wird. Diese biologische Wahrnehmung erscheint auch dadurch wahrscheinlich, daß schon vor längerer Zeit zahlreiche Heilversuche angestellt wurden, die durch gewisse physikalische Einwirkungen mehr oder weniger Erfolge zu erzielen vermochten. Ich führe hier einerseits die Wärmeanwendung an, z. B. in Form der Holländerschen Heißluftbehandlung (G. J. Müller) oder des Welanderschen Verfahrens (42°ige Heißwasserirrigationen), andererseits das wesentlich gleichwirkende Gefrierverfahren, z. B. mit Chloräthyl (Saalfeld, F. v. Poór, Brandweiner). Die durch diese Verfahren erzielten zweifellos guten Resultate sind alle in der leichten Vernichtbarkeit des Streptobazillus beschlossen.

Nach alldem haben wir die Erklärung für das auffallend rasche Heilen der mittels Milchinjektion behandelten Fälle von Ulcus molle größtenteils in der in den Geweben erzielten höheren Temperatur zu suchen. Infolge der höheren Temperatur ist die Haut kein geeigneter Boden mehr für den wenig widerstandsfähigen Bazillus, der sehr bald aus dem Geschwür verschwindet (siehe Fall 4). Sobald die Bazillen zugrunde gegangen sind, wird das Geschwür zur simplen Wunde, die dann im Sinne der Wundheilung in Kürze spontan verheilt. Es ist für mich unzweifelhaft, daß die deletäre Wirkung der höheren Temperatur auf die Bakterien in den Geweben aufs deutlichste durch die Behandlung des Ulcus molle mittels Milchinjektion demonstriert werden kann. Daß außerdem die günstige Wirkung der parenteral angewendeten Milch auch auf der mit dem Fieber zusammenhängenden Leukozytose, auf der Wirkung der Albumosen auf die Vasodilatatoren oder auf der auf die Injektion folgenden Verminderung des Blutdruckes fußt (R. Müller), wollen wir nicht in Abrede stellen. Bei all diesen Annahmen ist dennoch das Fieber die hervorragendste Koinzidenzerscheinung der parenteralen Proteinkörper-Therapie, und eben durch die Wirkung des Fiebers vermögen wir einen großen Teil der günstigen Resultate plausibel zu erklären. Hierbei legen wir noch besonderes Gewicht auch auf jene erhöhte Hyperämie und Transsudation, die in der Folge der Injektionen in den Entzündungsherden im menschlichen Organismus entstehen. R. Müller[2]) erblickt hierin das wichtigste Moment der Wirkung artfremder

[1]) R. Müller, W. kl. W., 1916, Nr. 27. — [2]) R. Müller, Psychiatrisch-neurol. W., 1917—18, Nr. 1—2.

Digitized by Google

Eiweißinjektionen, versäumt aber auch diesmal nicht, auf die hochbedeutsame Wirkung des auftretenden Fiebers zu verweisen.

Nun glauben wir ja nicht im entferntesten, die künstliche Fieberbehandlung müsse zum allgemeinen Behandlungsverfahren bei Ulcus molle werden. Doch wird es dessen gar nicht bedürfen. Da der weiche Schanker, so unangenehm und langwierig er auch sein mag, doch nur ein Übel von lokaler Bedeutung ist, werden wir uns in der Praxis nicht allzu leicht zu einer mit zeitweiligem Liegen (am Tage der Injektion) verbundenen Behandlung entschließen. Wo jedoch langwieriger Verlauf, Komplikationen (Bubonen, Phimose) oder besonderer Ausbreitungshang, ja Ulcus serpiginosum dem Kranken zum Nachteil gereichen könnten, wird die Behandlung mit Milchinjektion angezeigt sein. Ich will nur nochmals darauf hinweisen, daß ausgedehnte, heller- bis kronenstückgroße, weiche Geschwüre binnen zwei bis sechs Tagen, lediglich infoge von ein bis zwei Milchinjektionen, ohne jede örtliche Behandlung völlig verheilen. Genau dieselbe Erfahrung haben wir auch bei eitrig werdenden, ja sogar schon stark fluktuierenden Bubonen gemacht.

Die Behandlung ist in erster Linie in der Spitalpraxis indiziert, zunächst, weil sie technisch am leichtesten im Krankenhaus vorgenommen werden (da der Patient ohnehin bettlägerig ist), sodann, weil es vom Gesichtspunkte des heutzutage überaus notwendigen raschen Spitalverkehres durchaus nicht gleichgültig ist, ob sich der mit weichem Schanker behaftete Patient bloß ein paar Tage oder aber ein paar Wochen lang im Hospital aufhalten muß.

Zur Gonorrhoeprophylaxe.

Von

Dr. Hans Hofmann in Leipzig.

Das von Professor Bruck in Nr. 39 dieser Wochenschrift erwähnte Kaviblenprophylaktikum war mir selbstverständlich seit langem bekannt. Das Delegon unterscheidet sich doch aber wesentlich von demselben insofern, als nicht erst das Schmelzen einer Gelatinehülle, die doch unbedingt die direkte Einwirkung des Protargols auf die Schleimhaut beeinträchtigt, erforderlich ist, sondern daß das Protargol sofort in unmittelbare Berührung mit der Schleimhaut kommt und auf dieser infolge der eigenartigen Zusammensetzung der Stäbchen das Protargol sofort in Lösung übergeht.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Nochmals: Die lokalen Spirochätosen der Mund-Rachenhöhle (Bemerkungen zum Aufsatz von Kolle: Spirochätenbefunde und Salvarsan bei Alveolarpyorrhoe), von Gerber-Königsberg (M. Kl., 1917, Nr. 22) und **Schlußbemerkungen zu der Arbeit von Gerber,** von W. Kolle-Frankfurt a. M. (M. Kl., 1917, Nr. 22.) Da es sich in den vorliegenden Abhandlungen nur um eine Art Prioritätsstreit handelt, sind

Digitized by Google

dieselben zum ausführlichen Referate nicht geeignet. Gerber betont, daß er schon im Jahre 1910 und in der folgenden Zeit auf die Bedeutung des Salvarsans für die Heilung der lokalen Spirochätosen der oberen Luft- und Verdauungswege und gewisser Zahnaffektionen (darunter vor allem die Pyorrhoea alveolaris) hingewiesen und seitdem an mehreren Orten und in mehrfachen Veröffentlichungen sich mit diesem Gegenstande befaßt habe; er wundert sich, daß diese Arbeiten den Bakteriologen entgangen seien. Sachlich spricht er nur zum Schlusse nebenbei aus, daß er noch Zweifel an der Existenz einer besonderen Spirochaeta pyorrhoica habe. Kolle gibt zu, daß ihm die Arbeiten Gerbers unbekannt gewesen seien, was wohl durch seine Anwesenheit im Felde und den Mangel zur Durchsicht bereiter Literatur zu erklären wäre; er ist weit entfernt, Gerbers Verdienste in dieser Frage zu unterschätzen, glaubt aber auch jetzt noch, daß er der erste gewesen ist, der den sicheren Beweis für die Genese der Alveolarpyorrhoe durch Spirochäten und für die Möglichkeit ihrer Heilung durch längere, systematisch durchgeführte Salvarsankuren erbracht hat. O. Lasch-Breslau.

Die Alveolarpyorrhoe, ihr Erreger und die weiteren Erfahrungen über die Behandlung mit Neosalvarsan, von Zahnarzt Beyer-Kiel. (M. Kl., 1918, H. 3/4.) Beyer hat 200 Fälle von Alveolarpyorrhoe mit Neosalvarsan teils lokal, teils mit intravenösen Injektionen behandelt und seine klinisch glänzenden, deutlichen Erfolge mikroskopisch kontrolliert; er konnte stets das Verschwinden der Spirochäten beobachten. Ebenso war fast stets nach intravenösen Injektionen eine lokale Reaktion zu konstatieren. Das beigefügte Literaturverzeichnis umfaßt 98 Nummern. O. Lasch-Breslau.

Die Desinfektion der Hände mit Thymolspiritus, von Cäsar Hirsch-Stuttgart. (Zbl. f. ges. M., 1918, Nr. 3.) H. hat seit 1911 bei sämtlichen eitrigen und nichteitrigen Operationen an einem in mehrere Tausende gehenden Material den 3%igen Thymolspiritus (Spiritus 60%) zur Desinfektion des Operationsfeldes benutzt. Seit 3 Jahren benutzt H. dasselbe Mittel in folgender Weise zur Händedesinfektion: Kurze Reinigung der Hände mit Wasser und Seife, Abtrocknen, sodann Einreiben der Hände bis zum Ellenbogen mit einem mit 3%igen Thymolspiritus gut befeuchteten Mullbausch, 3 Minuten lang. Hierauf kann mit der Operation sofort begonnen werden.
E. Brinitzer-Altona.

Über Fußpflege im Heeresdienste, von Reichel und Schede. (Zsch. f. ärztl. Fortbldg., Mai 1918.) Die ausführliche Arbeit, die sich im wesentlichen mit der orthopädischen Fußpflege zur Verhütung und Milderung von Deformitäten beschäftigt, wendet sich auch kurz einer Besprechung der Haut- und Nagelpflege zu. Der schmutzige Fuß sei dem Wundlaufen mehr wie ein anderer ausgesetzt. Die alte Touristenregel, daß man vor großen Märschen die Füße nicht waschen soll, habe nur eine bedingte Richtigkeit. Die feuchte mazerierte Haut werde am schnellsten durchlaufen. Ebenso sei die entfettete Haut spröde und reizbar. Wird die Haut nach der Waschung gut abgetrocknet und gelüftet, danach eingefettet, dann sind auch keine nachteiligen Folgen der Reinlichkeit zu befürchten. Nach größeren Anstrengungen oder während längerer Ruhepausen sind Fußbäder sehr zu empfehlen. Bei vielen Soldaten wäre ein Hauptgrund für ihre geringe Marschfähigkeit die Vernachlässigung der Zehennägel gewesen. Die Autoren glauben, daß die Einrichtung von militärischen Ambulatorien für Fuß- u. Nagelpflege sehr segensreiche Wirkungen haben würde. E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Priv.-Doz. Dr. Altmann in Frankfurt a. M. erhielt den Titel Professor.

Dr. Frederick E. Jones wurde zum Instruktor für Dermatologie an der Harvard University in Boston ernannt.

Dr. Jaroslav Radda, Facharzt für Urologie in New York, ist gestorben. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

7. Dezember 1918 | Nr. 49 | Band 67

Aus der dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille).

Über Liquorveränderungen bei Alopecia syphilitica und Leucoderma syphiliticum.

Von

Priv.-Doz. Dr. Richard Frühwald, Oberarzt.

Ravaut (1), der als erster systematische Liquoruntersuchungen an anscheinend nervengesunden Frühsyphilitischen vorgenommen hat, berichtete bereits über zwei Fälle von syphilitischer Alopezie, die Liquorveränderungen aufwiesen. Der eine litt an totaler Alopezie und hatte starke Lymphozytose, der andere an partieller Alopezie mit mäßiger Lymphozytose. Zaloziecki und ich (2) haben in unserer Arbeit ebenfalls einen Kranken mit Alopezie angeführt, der starke Lymphozytose, positive Nonne-Apeltsche Reaktion und stark positiven Wassermann im Liquor hatte.

Würde man die Arbeiten, die sich mit Liquoruntersuchungen bei Frühsyphilis befassen, daraufhin durchsehen, würde man sicher noch manchen hierhergehörigen Fall auffinden.

Das Verdienst, sich eingehend und zusammenfassend mit dem Zusammenhange zwischen Liquorveränderungen und syphilitischer Alopezie befaßt zu haben, gebührt Cyranka (3). Er hat unter 16 Fällen frischer Sekundärsyphilis und unter 13 Fällen älterer Sekundärsyphilis mit Alopezie nur je einen mit normalem Liquor gefunden. Dabei muß allerdings erwähnt werden, daß in zwei Fällen die Alopezie längere Zeit vorher vorhanden gewesen war. Cyranka hält nach diesen Befunden die syphilitische Alopezie direkt für ein Zeichen meningealer Syphilis. Er meint aber, daß zwischen beiden kein Abhängigkeitsverhältnis besteht, sondern daß das gleichzeitige Vorkommen eine mechanische Ursache hat und mit einer ausgiebigen Spirochätenaussaat nach der Schädelregion zusammenhängt.

Eine weitere Arbeit aus der Gennerichschen Abteilung lieferte Gärtner (4). Er berichtete über sieben Fälle, von denen sechs pathologische Liquorveränderungen aufwiesen, nur einer normalen Befund hatte. Bei zweien der pathologischen Fälle wurde die Liquorerkrankung erst längere Zeit nach der Alopezie festgestellt. Gärtner berichtet ferner über drei Fälle, die an syphilitischer Alopezie gelitten hatten und später von Erkrankungen des Zentralnervensystems befallen wurden. Auch er sieht in der syphilitischen Alopezie ein Zeichen der Nervensyphilis.

Weniger häufig fanden Liquorveränderungen bei Alopezie Königstein und Goldberger (5). Sie fanden unter 34 Kranken 25mal pathologische Liquors = 73%. Später berichteten sie über Untersuchungen

Digitized by Google

an 139 Fällen, wobei das prozentuelle Verhältnis unverändert blieb. Besonders bei Kranken, die im zweiten Krankheitshalbjahre standen und noch andere syphilitische Symptome aufwiesen, waren die Liquorveränderungen häufig.

Bemerkenswert ist, daß die Autoren auch bei 195 Fällen von Leucoderma syphiliticum in 61 % pathologische Liquores fanden.

Weitere Arbeiten über Liquorveränderungen bei Alopezie existieren, soweit ich die Literatur überblicke, nicht.

Angeregt durch Herrn Prof. RILLE, bin ich an unserer Klinik dieser Frage nachgegangen und habe die folgenden Untersuchungsergebnisse erzielt:

1. K. E., 25jähriger Unteroffizier. 10. IV. bis 23. IV. 1911 (2). Cicatrix post sclerosem ad praeput. int. Roseola, Psoriasis palmaris, Papulae ad anum, Alopecia syphilitica, Angina specifica. Wassermann positiv. Lumbalpunktion: 12. IV. Druck 195, Nonne-Apelt positiv, 212 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann sehr stark positiv.

2. M. G., 20jähriges Dienstmädchen. 18. V. bis 15. VII. 1914. Exanthema makro- et mikropapulosum recid., Papulae ad genitale, anum, mucosam oris, Alopecia spec. diffusa, Cephalalgie. Wassermann positiv. Lumbalpunktion: 22. V. Pandy negativ, eine Zelle im Kubikmillimeter. Wassermann bis zehnfach negativ. Die Überimpfung in den Hoden eines Kaninchens ergibt eine spezifische Orchitis mit Spirochäten (6).

3. J. W. P. p. 10. VI. bis 10. VII. 1915. Exanthema maculo-papulosum orbiculare, Papulae ad genitale, Alopecia spec. diffusa. Wassermann positiv. 1. Lumbalpunktion: 14. VI. 1915. Pandy negativ, Nonne-Apelt negativ, 14 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann +. 2. Lumbalpunktion: 9. VII. 1915. Pandy negativ, Nonne-Apelt negativ, 5 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann positiv. (Mit 4,02 Salvarsan-Natrium behandelt.) 3. Lumbalpunktion: 15. XII. 1915. Pandy negativ, Nonne-Apelt negativ, 5 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann negativ. 4. Lumbalpunktion: 31. V. 1916. Pandy positiv, Nonne-Apelt negativ, 9 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann negativ.

4. I. V., 19jährige Arbeiterin. 9. III. bis 3. IV. 1915. Papulae ad genitale, anum tonsillas, linguam, Leucoderma colli, Alopecia diffusa. Wassermann positiv. Lumbalpunktion: 10. III. 1915. Pandy positiv, Nonne-Apelt negativ, 55 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann negativ.

5. L. O., 32jährige Ehefrau. 23. XI. bis 17. XII. 1915. Papula ad arc. palatogloss. dext, Alopecia spec. diffusa. Kopfschmerzen. Wassermann positiv. Lumbalpunktion: 26. XI. 1915. Druck 130—140 mm, Pandy positiv, Nonne-Apelt negativ, 50 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann +.

6. M. A., 20jähriges Dienstmädchen. 10. V. bis 22. VI. 1916. Papulae sanatae ad anum, Alopecia diffusa capillitii et superciliarum. Wassermann positiv. Lumbalpunktion: 24. V. 1916. Pandy positiv, Nonne-Apelt schwach opal, 25 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann negativ.

7. A. K., 26jährige Arbeiterin. 15. VI. bis 2. VIII. 1916. Papulae ad anum, mucosam oris, Alopecia diffusa. Wassermann positiv. Lumbalpunktion: 19. VI. 1916. Pandy negativ, Nonne-Apelt negativ, 20 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann negativ.

8. A. H., 25jährige Pp. 11. VII. bis 17. VIII. 1916. Exanthema papulosum, Angina specifica, Alopecia spec. diffusa. Wassermann negativ. Lumbalpunktion: 19. VII. 1916. Pandy negativ, Nonne-Apelt negativ, 5 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann negativ.

9. G. L., 18jährige Arbeiterin. 17. VIII. bis 12. IX. 1916. Papulae ad genitale et anum, Leucoderma colli, Alopecia spec. diffusa. Wassermann positiv. Lumbalpunktion: 30. VIII. 1916. Pandy schwach positiv, Nonne-Apelt negativ, 9 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann negativ.

10. E. F., 23jährige Ehefrau. 25. VIII. bis 12. X. 1916. Roseola orbicularis, Papulae ad genitale, mucosam oris, Psoriasis palm. et plant., Alopecia spec. diffusa. Wassermann positiv. Lumbalpunktion: 6. IX. 1916. Pandy positiv, Nonne-Apelt leicht opal, 25 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann +.

11. A. B., 25jähriges Dienstmädchen. 25. IX. bis 1. XI. 1916. Roseola. Papulae ad genitale, anum, mucosam buccae, Psoriasis plant., Leucoderma colli, Alopecia spec. diffusa. Wassermann positiv. Lumbalpunktion: 7. X. 1916. Pandy schwach positiv, Nonne-Apelt negativ. 4 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann negativ.

Digitized by Google

12. A. B., 22jährige Kellnerin. 20. X. bis 29. XI. 1916. Cicatrices ad anum, Alopecia diffusa. Wassermann positiv. Lumbalpunktion: 26. X. 1916. Pandy schwach positiv, Nonne-Apelt negativ, 4 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann negativ.

13. H. Z., 23jährige Näherin. 11. I. bis 23. II. 1917. Papulae ad genitale et anum, Alopecia spec. diffusa capillitii, genitalis, superciliarum. Wassermann positiv. Lumbalpunktion: 15. I. 1917. Pandy positiv, Nonne-Apelt negativ, 18 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann negativ.

14. F. V., 20jährige Arbeiterin. 2. I. bis 6. III. 1917. Roseola, Papulae ad genitale, anum, mucosam oris, Alopecia spec. diffusa, Leucoderma colli. Wassermann positiv. 1. Lumbalpunktion: 22. I. 1917. Pandy positiv, Nonne-Apelt leicht opal, 21 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann negativ. 2. Lumbalpunktion nach Behandlung mit 3,8 Salvarsan + 0,6 Hg benz: 2. III. 1917. Pandy negativ, Nonne-Apelt negativ, 6 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann negativ.

15. H. M., 20jährige Arbeiterin. 3. I. bis 16. II. 1917. Papulae ad mucosam oris, Alopecia spec. diffusa, Leucoderma colli. Wassermann positiv. Lumbalpunktion: 29. I. 1917. Pandy negativ, Nonne-Apelt negativ, 15 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann negativ.

16. E. L., 19jährige Kellnerin. 10. I. bis 21. II. 1917. Alopecia superciliarum, Leucoderma colli. Wassermann positiv. Lumbalpunktion: 12. II. 1917. Pandy schwach positiv, Nonne-Apelt negativ, 8 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann positiv.

17. E. K., 35jährige Arbeiterin. 20. II. bis 31. III. 1917. Papulae ad genitale, mucosam oris, Alopecia spec. diffusa genitalis, capillitii, superciliarum, Leucoderma colli. Kopfschmerzen. Wassermann schwach positiv. Lumbalpunktion: 23. II. 1917. Pandy negativ, Nonne-Apelt negativ, 8 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann negativ.

18. E. St., 20jährige Kontoristin. 16. III. bis 9. V. 1917. Roseola, Papulae ad genitale, anum, mucosam oris, Alopecia diffusa capillitii et superciliarum, Leucoderma colli et trunci. Kopfschmerzen. Wassermann positiv. 1. Lumbalpunktion: 23. III. 1917. Druck 120 mm, Pandy positiv, Nonne-Apelt leicht opal, 50 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann einfach negativ, dreifach negativ, fünffach positiv. 2. Lumbalpunktion: 30. IV. 1917. Druck 50 mm, Pandy positiv, Nonne-Apelt negativ, 14 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann bis fünffach negativ. Mit 2,6 Salvarsan + 15 Inj. Hg cyan. 2% behandelt.

19. E. F., 20jährige Stütze. 20. III. bis 15. V. 1917. Papulae ad genitale, mucosam oris, Alopecia diffusa capillitii, genitalis, superciliarum. Wassermann positiv. Lumbalpunktion: 30. III. 1917. Druck 80 mm, Pandy negativ, Nonne-Apelt negativ. 1 Zelle im Kubikmillimeter. Wassermann bis fünffach negativ.

20. J. O., 18jährige Arbeiterin. 22. III. bis 15. V. 1917. Roseola, Papulae ad anum, Alopecia diffusa capillitii et superciliarum. Leucoderma colli et trunci. Wassermann positiv. Lumbalpunktion: 24. III. 1917. Druck 160 mm, Pandy negativ, Nonne-Apelt negativ, 2 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann bis fünffach negativ.

21. H. F., 30jährige Arbeiterin. 3. IV. bis 11. V. 1917. Exanthema maculopapulosum, Papulae ad genitale, anum, mucosam oris, Alopecia diffusa capillitii et superciliarum, Leucoderma colli. Wassermann ++++. Lumbalpunktion: 11. IV. 1917. Druck 140 mm, Pandy positiv, Nonne-Apelt negativ, 12 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann bis fünffach negativ. 16. XI. 1917 Wiederaufnahme. Lues latens. Wassermann negativ. Lumbalpunktion: 19. XI. 1917. Druck 320 mm, Pandy positiv, Nonne-Apelt leicht opal, Nissl 1 Teilstrich, 3 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann bis fünffach negativ. Mit 2,7 Salvarsan + 11 Injektionen Hg cyan. 2% behandelt.

22. G. S., 16jähriger Lehrling. 10. III. bis 25. IV. 1917. Exanthema papulosum, Papulae ad anum et linguam, Alopecia spec. circumscripta. Lumbalpunktion: 16. III. 1917. Pandy schwach positiv, Nonne-Apelt negativ, 87 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann bis fünffach negativ.

23. A. F., 21jährige Kellnerin. 5. IV. bis 16. V. 1917. Roseola, Papulae ad genitale et anum, Alopecia superciliarum. Kopfschmerzen. Wassermann negativ. Lumbalpunktion: 13. IV. 1917. Druck 210, Pandy positiv, Nonne-Apelt negativ, Nissl 1/2 Teilstrich, 5 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann bis fünffach negativ.

24. M. K., 21jährige Arbeiterin. 13. IV. bis 25. V. 1917. Papulae ad genitale, anum, umbilicum, Alopecia diffusa capillitii, superciliarum, genitalis. Kopfschmerzen. Wassermann ++. Lumbalpunktion: 16. IV. 1917. Druck 180 mm, Pandy positiv, Nonne-Apelt negativ, Nissl 1/2 Teilstrich, 122 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann bis fünffach negativ.

Digitized by Google

25. M. K., 15jährige Arbeiterin. 21. IV. bis 15. VI. 1917. Papulae ad anum. Alopecia diffusa capillitii, superciliarum, pubium. Wassermann ++. 1. Lumbalpunktion: 25. IV. 1917. Druck 250 mm, Pandy positiv, Nonne-Apelt opal, Nissl $1^1/_2$ Teilstrich. 73 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann bis fünffach negativ. 2. Lumbalpunktion: 8. VI. 1917. Pandy positiv, Nonne-Apelt negativ, Nissl $^1/_2$ Teilstrich, 11 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann bis fünffach negativ. Mit 3,0 Salvarsan + 18 Injektionen Hg cyan. 2% behandelt.

26. K. S., 20jährige Pp. 4. IV. bis 20. VII. 1917. Papulae ad genitale et anum. Alopecia diffusa, Leucoderma colli et axillarum. Wassermann ++++. 1. Lumbalpunktion: 9. V. 1917. Druck 70 mm, Pandy positiv, Nonne-Apelt negativ, Nissl $1^1/_2$ Teilstrich, 30 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann bis fünffach negativ. 2. Lumbalpunktion: 22. VI. 1917. Druck 60—70 mm, Pandy positiv, Nonne-Apelt negativ, Nissl 1 Teilstrich, 13 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann bis fünffach negativ. Mit 3,2 Salvarsan behandelt.

27. M. B., 21jährige Schneiderin. 30. VII. bis 7. IX. 1917. Exanthema papulosum. Papulae ad anum, lab. sup., linguam, Alopecia diffusa, Leucoderma colli. Wassermann ++++. Lumbalpunktion: 30. VII. 1918. Druck 200 mm, Pandy negativ, Nonne-Apelt negativ, Nissl $^1/_2$ Teilstrich, 5 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann bis fünffach negativ.

28. E. J., 19jährige Arbeiterin. 17. IX. bis 30. X. 1917. Roseola, Papulae ad genitale, anum, mucosam oris, Psoriasis plant., Alopecia diffusa, Leucoderma colli. Wassermann ++++. Lumbalpunktion: 19. IX. 1917. Druck 80—90 mm, Pandy negativ, Nonne-Apelt negativ, Nissl $^1/_2$ Teilstrich, 1 Zelle im Kubikmillimeter. Wassermann bis fünffach negativ.

29. M. Sch., 22jährige Arbeiterin. 15. XII. bis 25. I. 1918. Ulcera syph. pharyngis. Alopecia diffusa, Kopfschmerzen. Wassermann ++++. Lumbalpunktion: 21. XII. 1917. Druck 50—60 mm, Pandy negativ, Nonne-Apelt Spur bis leicht opal, Nissl $1^1/_2$ Teilstrich, 3 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann bis dreifach negativ.

30. L. M., 23jährige Ehefrau. 28. I. bis 8. III. 1918. Exanthema maculo-papulo-pustulosum, Papulae ad tonsillas et palatum molle, Alopecia spec. diffusa. Wassermann ++++. 1. Lumbalpunktion: 30. I. 1918. Druck 80 mm, Pandy positiv, Nonne-Apelt negativ, Nissl $1^1/_4$ Teilstrich, 4 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann bis fünffach negativ. 2. Lumbalpunktion: 1. II. 1918. Druck 30 mm, Pandy schwach positiv, Nonne-Apelt negativ. Nissl $^3/_4$ Teilstrich, 9 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann bis fünffach negativ. Nach 0,4 Salvarsan in Jarisch-Herxheimerscher Reaktion.

31. G. S., 19jähriges Dienstmädchen. 6. VI. bis 17. X. 1918. Papulae ad genitale. anum, mucosam oris. Alopecia diffusa, Leucoderma colli. Wassermann ++++. Lumbalpunktion: 5. VIII. 1918. Druck 80 mm, Pandy negativ, Nonne-Apelt negativ, Nissl $^1/_2$ Teilstrich, 4—5 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann bis fünffach negativ.

32. M. E., 25jährige Wirtschafterin. 25. I. bis 3. VI. 1918. Papulae ad genitale. anum, lab. sup., Alopecia spec. capillitii et superciliarum, Leucoderma colli. Wassermann ++++. 1. Lumbalpunktion: 4. II. 1918. Druck 140 mm, Pandy schwach positiv, Nonne-Apelt negativ, Nissl $1^1/_2$ Teilstrich, 54 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann bis fünffach negativ. 2. Lumbalpunktion: 20. III. 1918. Druck 100—110 mm. Pandy schwach positiv, Nonne-Apelt negativ, Nissl 1 Teilstrich, 16 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann bis fünffach negativ. Mit 3,7 Salvarsan + 0,32 Hg behandelt. 3. Lumbalpunktion: 29. IV. 1918. Pandy schwach positiv, Nonne-Apelt negativ, Nissl $^1/_2$ Teilstrich, 5 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann bis fünffach negativ. Mit 5,7 Salvarsan + 0,48 Hg behandelt.

33. M. B., 17jähriges Dienstmädchen. 22. III. bis 8. VII. 1918. Alopecia spec. diffusa, Leucoderma colli. Wassermann ++++. 1. Lumbalpunktion: 25. III. 1918. Druck 170 mm, Pandy stark positiv, Nonne-Apelt leicht trüb. Nissl $1^3/_4$ Teilstrich. 63 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann bis fünffach negativ. 2. Lumbalpunktion: 4. VI. 1918. Druck 80 mm, Pandy stark positiv, Nonne-Apelt Spur opal, Nissl $1^1/_2$ Teilstrich, 8 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann bis fünffach negativ. Mit 3,0 Salvarsan + 0,7 Hg behandelt.

34. J. E., 19jähriges Dienstmädchen. 18. VII. bis 9. IX. 1918. Exanthema papulosum, Angina specifica, Alopecia diffusa, Leucoderma colli. Wassermann +++++. 1. Lumbalpunktion: 9. VIII. 1918. Druck 60—70 mm, Pandy positiv, Nonne-Apelt leicht opal, Nissl $1^1/_4$ Teilstrich, 66 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann einfach +, dreifach +++, fünffach ++++. Nach Behandlung mit 5,1 Salvarsan + 30 Injektionen

Digitized by Google

Hg cyan. 2%: 2. Lumbalinjektion: 7. X. 1918. Druck 140 mm, Pandy negativ, Nonne-Apelt leicht opal, Nissl 1 Teilstrich, 10 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann bis fünffach negativ.

35. F. W., 28jährige Privata. 26. I. bis 23. II. 1918. Alopecia specifica capillitii et superciliarum. Wassermann ++++. Lumbalpunktion: 14. II. 1918. Pandy negativ, Nonne-Apelt negativ, Nissl 1 Teilstrich, 3—4 Zellen im Kubikmillimeter. Wassermann bis fünffach negativ.

36. W. T., 65jähriger Spinner. 24. IV. bis 25. VI. 1918. Alopecia spec. circumscripta. Lumbalpunktion: 19. V. 18. Druck 110 mm, Pandy positiv, Nonne-Apelt opal, Nissl 1 Teilstrich, 40 Zellen im Kubikmeter. Wassermann dreifach und fünffach ++++.

Im ganzen habe ich also an 36 Patienten mit syphilitischer Alopezie die Lumbalpunktion vorgenommen und 21mal krankhaft veränderten, 15mal gesunden Liquor festgestellt, das ist also in ungefähr 58% der Fälle. Ich habe also noch weniger häufig als KÖNIGSTEIN und GOLDBERGER pathologische Liquores bei Alopezie gefunden. Immerhin ist bemerkenswert, daß fast $^2/_3$ aller Alopeziefälle krankhafte Veränderungen im Liquor aufweisen.

Die pathologischen Veränderungen waren verschiedener Natur, betrafen Zellvermehrung, Eiweißvermehrung und Wassermannsche Reaktion teils isoliert, teils in verschiedener Weise miteinander kombiniert. Am häufigsten, wie gewöhnlich, fand sich isolierte Zellvermehrung: 11 von den 21 Fällen, also ungefähr die Hälfte zeigte isolierte Pleozytose (Fall 4, 5, 7, 13, 14, 15, 21, 22, 24, 26, 32). Nächst häufig fand sich Pleozytose und Eiweißvermehrung sowie Pleozytose mit Eiweißvermehrung und Wassermannscher Reaktion, nämlich je viermal (Fall 6, 10, 25, 33, bzw. Fall 1, 18, 34, 36). Einmal (Fall 3) fand sich Zellvermehrung mit positiver Wassermannscher Reaktion kombiniert. Fall 21, der bei der ersten Punktion isolierte Pleozytose aufwies, zeigte bei der späteren Untersuchung nur Eiweißvermehrung. Besonders bemerkenswert ist Fall 2; der Liquor zeigte völlig normale Verhältnisse, seine Überimpfung auf Kaninchen ergab aber eine typische syphilitische Orchitis mit Spirochäten.

Die stärkste Pleozytose wies Fall 1 mit 212 Zellen auf, die nächststarke Fall 24 mit 122 Zellen. Die anderen Fälle zeigen etwa zur Hälfte eine Zellzahl zwischen 50 und 90, zur anderen Hälfte zwischen 20 und 30; nur einige wenige hatten 10 bis 20 Zellen. Bei Fall 1 mit 212 Zellen war auch der Eiweißgehalt vermehrt und die Wassermannsche Reaktion positiv; bei Fall 24 waren diese beiden Reaktionen negativ. Die Eiweißvermehrung war meist geringen Grades; die Nonne-Apeltsche Reaktion zeigt leichte Opaleszenz. Nur zweimal war starke Opaleszenz und einmal leichte Trübung zu verzeichnen. Die Eiweißvermehrung trat nie isoliert auf; viermal war sie mit Zellvermehrung und viermal mit Zellvermehrung und positiver Wassermannscher Reaktion kombiniert. Hervorzuheben wäre nur Fall 21, der leichte Zellvermehrung aufwies; bei der zweiten, nach etwa $^1/_2$ Jahre vorgenommenen Punktion war diese verschwunden, doch fiel die Nonne-Apeltsche Reaktion leicht opal aus.

Die Wassermannsche Reaktion wurde fünfmal positiv gefunden: einmal (Fall 3) bloß mit Pleozytose, viermal (Fall 1, 18, 34, 36) mit Pleozytose und Eiweißvermehrung kombiniert. Zweimal (Fall 13, 34)

Digitized by Google

fiel die Reaktion schon mit der normalen Liquormenge positiv aus; bei Fall 34 allerdings schwach positiv, erst bei vermehrter Menge stark positiv. Fall 18 hatte erst bei fünffacher, Fall 36 bei dreifacher Menge positive Reaktion.

Nunmehr muß sich die Frage erheben, ob wirklich Liquorveränderungen bei syphilitischer Alopezie besonders häufig sind, oder ob sie nur im Rahmen der bei älterer sekundärer Syphilis an und für sich häufig vorkommenden pathologischen Liquores zu finden sind. Die Antwort muß ein Vergleich der prozentualen Häufigkeit geben. Meine diesbezügliche Zahlen lauten: Unter 92 Fällen mit älterer, rezidivierender Sekundärsyphilis (also mit einer Krankheitsdauer von wenigstens $^1/_2$ Jahr) wiesen 48 = 52 % pathologische Veränderungen auf. Das stimmt ziemlich genau mit der von mir seinerzeit auf Grund eigener und fremder Befunde angegebenen Zahl von 50 % pathologischer Liquores bei rezidivierender Sekundärsyphilis (7). Unter den Alopeziefällen fanden sich 58 % krankhafte Veränderungen, die relative Häufigkeit pathologischer Liquores bei syphilitischer Alopezie ist nur um etwas größer als die bei Spätsekundärsyphilis überhaupt. Immerhin ist beachtenswert, daß fast die Hälfte der pathologischen Liquores bei rezidivierender Sekundärsyphilis Alopeziefälle betrifft. Es ist also eine besonders häufige Vergesellschaftung von Alopecia syphilitica und pathologischen Liquorveränderungen nicht zu leugnen.

Bemerkenswert ist, daß Königstein und Goldberger auch in 61 % der Fälle von Leukoderma syphiliticum krankhafte Liquorveränderungen fanden [1]). Ich habe auch darauf mein Augenmerk gerichtet. Unter den oben aufgeführten Kranken finden sich 17 mit Leukoderma. Neun davon (Fall 4, 14, 15, 18, 21, 26, 32, 33, 34) wiesen pathologischen Liquorbefund auf. Dazu kommen noch folgende Fälle:

37. A. O., 21jährige Arbeiterin. 11. IV. bis 28. V. 1914. Roseola annularis. Papulae ad genitale et tonsillas Leucoderma colli. Wassermann positiv. Lumbalpunktion: 15. IV. 1914. Pandy negativ, Nonne-Apelt negativ, 13 Zellen im Kubikmillimeter, Wassermann bis zehnfach negativ.

38. J. F., 19jährige Arbeiterin. 18. IV. bis 20. V. 1914. Papulae ad genitale, anum mucosam oris, Leucoderma colli. Wassermann positiv. Lumbalpunktion: 20. IV. 1914. Pandy negativ, 3 Zellen im Kubikmillimeter, Wassermann bis zehnfach negativ.

39. M. M., 18jährige Arbeiterin. 5. VI. bis 21. VII. 1914. Exanthema papulosum orbiculare, Papulae ad genitale, anum, tonsillas, Papulae seborrh., Psoriasis palm. et plant. Wassermann positiv. 17. VI. Leucoderma colli incipiens. Lumbalpunktion: 8. VI. 1914. Pandy negativ, Nonne-Apelt negativ, 4 Zellen im Kubikmillimeter, Wassermann bis zehnfach negativ.

40. M. K., 23jährige Verkäuferin. 2. VI. bis 23. VI. 1915. Lichen syphiliticus, Leucoderma incipiens. Wassermann negativ. Lumbalpunktion: 4. VI. 1915. Pandy negativ, Nonne-Apelt negativ, 32 Zellen im Kubikmillimeter, Wassermann negativ.

41. L. B., 23jährige Kontoristin. 7. VII. bis 17. VIII. 1915. Psoriasis palm., Leucoderma colli, Kopfschmerzen, Doppeltsehen. Wassermann positiv. 1. Lumbalpunktion: 12. VII. 1915. Pandy positiv, Nonne-Apelt positiv, 1600 Zellen im Kubikmillimeter, Wassermann +. Nach Behandlung mit 4,5 Salvarsan-Natrium: 2. Lumbalpunktion: 13. VIII. 1915. Pandy positiv, Nonne-Apelt positiv?, 42 Zellen im Kubikmillimeter, Wassermann negativ.

42. E. Sch., 24jährige Arbeiterin. 21. VII. bis 16. VIII. 1915. Roseola, Papulae

---

[1]) Ravaut (8) berichtete ebenfalls über einen Patienten mit starker, Thiberge (9) über einen mit leichter Lymphozytose.

Digitized by Google

ad genitale, Leucoderma colli. Wassermann positiv. Lumbalpunktion: 23. VII. 1915. Pandy positiv, Nonne-Apelt positiv, 30 Zellen im Kubikmillimeter, Wassermann positiv.

43. K. St., 17jähriges Dienstmädchen. 5. VIII. bis 9. IX. 1915. Papulae ad genitale, anum, mucosam oris, Leucoderma colli, Kopfschmerzen. Wassermann negativ. Lumbalpunktion: 9. VIII. 1915. Pandy negativ, Nonne-Apelt negativ, 11 Zellen im Kubikmillimeter, Wassermann positiv.

44. R. F., 17jährige Arbeiterin. 28. V. bis 24. VI. 1915. Papulae ad genitale et tonsillas, Exanthema papulosum orbiculare, Psoriasis plant. sin., Kopfschmerzen, 23. VI. Leucoderma colli. Wassermann positiv. Lumbalpunktion: 31. V. 1915. Pandy negativ, Nonne-Apelt negativ, 8 Zellen im Kubikmillimeter, Wassermann negativ.

45. F. W., 22jährige Schauspielerin. 23. III. bis 18. V. 1917. Roseola orbicularis, Papulae ad genitale, anum, tonsillas, Leucoderma colli. Wassermann positiv. 1. Lumbalpunktion: 29. III. 1917. Pandy positiv, Nonne-Apelt leicht opal, 164 Zellen im Kubikmillimeter, Wassermann einfach —, dreifach +, fünffach ++++. Nach Behandlung mit 2,6 Salvarsan und 14 Injektionen Hg cyan. 2%: 2. Lumbalpunktion: 4. V. 1917. Druck 125 mm. Pandy negativ, Nonne-Apelt negativ, 10 Zellen im Kubikmillimeter, Wassermann bis fünffach negativ.

46. L. Sch., 26jährige Dienstmagd. 6. VIII. bis 12. IX. 1917. Roseola orbicularis, Papulae ad genitale, anum, mucosam oris, Psoriasis plant., Leucoderma colli. Wassermann ++++. Lumbalpunktion: 10. VIII. 1917. Druck 110 mm, Pandy negativ, Nonne-Apelt negativ, 6 Zellen im Kubikmillimeter, Wassermann dreifach negativ.

47. M. W., 18jährige Dienstmagd. 4. VI. bis 3. VIII. 1915. Papulae ad genitale, anum, mucosam oris, Leucoderma colli. Wassermann positiv. Lumbalpunktion: 7. VI. 1915. Pandy negativ, Nonne-Apelt negativ, 3 Zellen im Kubikmillimeter, Wassermann negativ.

48. M. F., 20jährige Pp. 12. VII. bis 8. IX. 1915. Exanthema papulosum. Papulae ad genitale, anum, mucosam oris, Leucoderma colli, Kopfschmerzen. Wassermann negativ. Lumbalpunktion: 14. VII. 1915 Pandy positiv, Nonne-Apelt positiv?, 14 Zellen im Kubikmillimeter, Wassermann positiv.

49. G. Sch., 20jähriges Dienstmädchen. 30. III. bis 26. IV. 1915. Papulae ad anum, Leucoderma colli. Wassermann negativ. Lumbalpunktion: 31. III. 1915. Pandy positiv, Nonne-Apelt positiv, 18 Zellen im Kubikmillimeter, Wassermann negativ.

Zu den 17 Fällen kommen also noch 13 mit Leukoderma: 8 davon (37, 40, 41, 42, 43, 45, 48, 49) wiesen pathologische Liquorveränderungen auf. 2 hatten nur Zellvermehrung, 2 Zell- und Eiweißvermehrung, 1 Zellvermehrung und positiven Wassermann und 3 Eiweiß-Zellvermehrung und positiven Wassermann. Die Zellvermehrung war meist geringen Grades zwischen 10 und 30; nur einmal 164. Die Wassermannsche Reaktion war dreimal bei normaler Liquormenge, einmal erst bei dreifacher Menge positiv. Im ganzen habe ich also 30 Patienten mit Leukoderma punktiert und 17mal positiven Liquorbefund erhalten; das sind 56,6%, also auch etwas weniger als KÖNIGSTEIN und GOLDBERGER gefunden haben. Auch hier muß ich sagen, daß das Verhältnis der positiven Befunde zu allen Leukodermafällen nicht viel höher ist als das Verhältnis bei rezidivierender Sekundärsyphilis überhaupt.

Ein anderes Gesicht bekommt die Frage von folgender Seite beleuchtet. Ich habe unter 92 Fällen rezidivierender Sekundärsyphilis 48 mit positivem Liquorbefund gefunden; davon haben 12 Alopezie, 9 Alopezie und Leukoderma und 8 Leukoderma. Es weisen also über 60% der Fälle mit krankhaftem Liquor bei Rezidivsyphilis Leukoderma und Alopezie auf. Ohne daß ich dieses Faktum erklären könnte, möchte ich besonders darauf hinweisen, da es doch höchst bemerkenswert ist.

Besonders augenfällig wird sie, wenn man zum Vergleiche die klinische Häufigkeit von Leukoderma und Alopezie heranzieht. Im Jahre 1917 wurde an der Frauenstation unserer Klinik, aus der auch

Digitized by Google

das Punktionsmaterial zum größten Teile stammt, 171 Patientinnen mit rezidivierender Sekundärsyphilis behandelt; unter ihnen waren 6 mit Alopezie, 31 mit Leukoderma und 9 mit Alopezie und Leukoderma. Zusammen waren also 46 Kranke = 27 %, die Alopezie oder Leukoderma aufwiesen. Wenn solchen Prozentzahlen auch immer etwas Willkürliches anhaftet, so ist der Unterschied zu den oben festgestellten 60 % doch auffällig. Man kann also sagen, daß Alopezie und Leukoderma an den Liquorveränderungen der rezidivierenden Sekundärsyphilis doppelt so häufig beteiligt sind wie an den klinischen Erscheinungen dieses Stadiums.

Zum Schluß noch ein Wort über den Einfluß der Behandlung auf den Liquorbefund. 10 Fälle habe ich zweimal punktiert.

Fall 3. Durch 4,02 Salvarsan-Natrium war die Zellzahl von 14 auf 5 gesunken; dagegen war der vorher fragliche Wassermann deutlich positiv geworden. 5 Monate später war ohne weitere Behandlung der Liquor normal geworden und auch nach einem weiteren ½ Jahre geblieben.

Fall 14. Durch 3,8 Salvarsan + 0,6 Hg war der Zellgehalt von 21 auf 6 gefallen, die Phase I negativ geworden.

Fall 21. Der Zellgehalt von 12 war nach 7 Monaten, nachdem mit 2,7 Salvarsan + 11 Zyan 2 % behandelt worden war, auf 3 heruntergegangen. Dagegen zeigte die vorher klare Nonne-Apeltsche Reaktion leichte Opaleszenz.

Fall 25. Nach 3,0 Salvarsan und 18 Injektionen Hg cyan. 2 % war der Zellgehalt von 73 auf 11 gefallen; die Nonne-Apeltsche Reaktion war von Opaleszenz auf klar zurückgegangen.

Fall 26. Durch 3,2 Salvarsan war der Zellgehalt von 30 auf 13 gefallen.

Fall 32. Durch 3,7 Salvarsan und 0,32 Hg war der Zellgehalt von 54 auf 16 zurückgegangen. Nach weiteren 2,0 Salvarsan + 0,12 Hg war der Zellgehalt normal.

Fall 33. Behandlung mit 3,0 Salvarsan + 0,7 Hg. Die Nonne-Apeltsche Probe war von leichter Trübung auf leichte Opaleszenz heruntergegangen, der Zellgehalt von 63 auf 8 gefallen.

Fall 34. Durch 5,1 Salvarsan und 30 Injektionen mit Hg cyan. 2 % war der Zellgehalt von 66 auf 10 zurückgegangen, der positive Wassermann negativ geworden. Die Nonne-Apeltsche Reaktion war unverändert geblieben.

Fall 41. Schwere meningeale Veränderungen; die Behandlung belief sich auf 4,5 Salvarsan-Natrium. Der Zellgehalt sank von 1600 auf 42, die positive Phase I wurde fraglich, der fragliche Wassermann negativ.

Fall 45. Behandlung mit 2,6 Salvarsan und 14 Zyanspritzen; komplettes Verschwinden der Liquorveränderungen. Der Zellgehalt geht von 164 auf 10 zurück, die positive Phase I wird negativ und die Wassermannsche Reaktion, die bei dreifacher Menge schwach, bei fünffacher stark positiv war, wird bis zur fünffachen Menge komplett negativ.

Wir sehen also in allen diesen Fällen einen deutlichen Einfluß der Behandlung auf die Liquorveränderungen. In vier Fällen kamen sie völlig zum Verschwinden, in den anderen wurden sie beträchtlich gebessert oder bis an die Grenze der Norm gebracht. Die Zellzahl sank

Digitized by Google

stark, die Nonne-Apeltsche Reaktion wurde schwächer, die Wassermannsche Reaktion wurde negativ. Es gehörte aber stets eine sehr intensive Kur dazu, um dieses Resultat zu erreichen; diese betrug ungefähr 3,0 Salvarsan (= 4,5 Neosalvarsan) und eine kräftige Quecksilberbehandlung.

Zusammenfassung.

Bei Kranken mit syphilitischer Alopezie und mit Leukoderma wurden häufig pathologische Liquorveränderungen festgestellt. Über 60 % der Fälle mit pathologischen Liquores bei rezidivierender Sekundärsyphilis haben Alopezie oder Leukoderma.

Literatur.

1. Ravaut, Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques en période secondaire. Ann. Derm. et Syph., 1903, S. 537—554. — 2. Zaloziecky und Frühwald, Zur Kenntnis der Hirnnervenstörungen im Frühstadium der Syphilis. W. kl. W., 1912, Nr. 30. — 3. Cyranka, Das Alopeziephänomen und seine Bedeutung als Anzeichen einer meningealen Lues. B. kl. W., 1916, S. 713—717. — 4. Gärtner, Weitere Beiträge zum Alopeziephänomen bei meningealer Syphilis. D. W., 1916, S. 659—666. — 5. Königstein und Goldberger, Liquoruntersuchungen im Sekundärstadium der Lues. W. kl. W., 1917, S. 367—372. — 6. Frühwald und Zaloziecki, Über die Infektiosität des Liquor cerebrospinalis bei Syphilis. B. kl. W., 1916, Nr. 1. — 7. Frühwald, Über das Verhalten des Liquor cerebrospinalis bei Frühsyphilis. Prakt. Arzt, 1916, H. 6/7. — 8. Ravaut, Étude cytologique du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques. Ann. Derm. Syph., 1903, S. 1—14. — 9. Thibierge, Soc. med. hôp. 26. XII. 1902. Sem. méd., 1902, S. 433.

Aus der 5. Abteilung des Kommunehospitals (Direktor: Privatdozent P. N. Hansen) und dem Statens Seruminstitut in Kopenhagen (Direktor: Privatdozent Thorvald Madsen).

Untersuchungen über die syphilitische Ätiologie der Appendizitis.

Von

Priv.-Doz. Dr. Harald Boas und Priv.-Doz. Dr. Ove Wissing.

In den letzten Jahren hat der neulich verstorbene Gaucher, Professor der Syphilidologie in Paris, in einer Reihe von Abhandlungen die Behauptung aufgestellt, daß eine Appendizitis auf einer vorausgehenden, sehr oft kongenitalen Syphilis beruhe. Er meint, daß der chronische Entzündungszustand in der Appendix, welche die akute Exazerbation vorbereitet, sehr oft von syphilitischem oder kongenital syphilitischem Ursprung ist.

Weiter ist er der Anschauung, daß man den akuten Exazerbationen, die eine Operation notwendig machen, vorbeugen kann, wenn man rechtzeitig die Kranken merkuriell behandelt. Gaucher sucht seine Hypothese teils pathologisch-anatomisch, teils durch klinische Untersuchungen zu beweisen und teils durch die Wassermannsche Reaktion. Bei mazerierten Kindern mit kongenitaler Syphilis hat Fouquet Spirochäten in der Appendix gefunden; dagegen hat Gaucher nie echte Gummabildungen

Digitized by Google

gesehen, aber führt mit Recht an, daß diese auch bei einer Reihe unzweifelhafter syphilitischer Leiden vermißt werden. Gaucher hat weiter bei zahlreichen Patienten mit kongenitaler und akquirierter Syphilis viele Fälle von Appendizitis gesehen; er erwähnt zum Beispiel eine Familie mit acht Kindern mit kongenitaler Syphilis, von welchen nicht weniger als fünf Appendizitis hatten; er meint darin einen unbestreitbaren Beweis des ätiologischen Zusammenhanges zwischen diesen zwei Krankheiten zu sehen. Schließlich haben zwei Schüler von Gaucher, Joltrain und Brin, 33 Fälle von Appendizitis der Wassermannschen Reaktion unterworfen und 14mal positive Reaktion erhalten.

Die große Mehrzahl der Syphilidologen und Chirurgen hat sich a priori ganz abweisend gegenüber der Hypothese von Gaucher verhalten und überhaupt nicht die Verhältnisse näher untersucht. Wir müssen in diesem Zusammenhange doch daran erinnern, daß der überall anerkannten Behauptung Fourniers über die syphilitische Ätiologie der Tabes dorsalis seinerzeit ein ganz ähnlicher Empfang zuteil wurde, und wir haben deswegen gemeint, daß es doch vielleicht interessant sein könnte, diese Frage einer näheren Untersuchung zu unterwerfen.

Untersuchen wir zuerst näher die „Beweise" Gauchers, so kommen sie uns zum Teil recht mangelhaft vor. Daß man bei mazerierten Kindern mit kongenitaler Syphilis Spirochäten überall in den Organen finden kann, selbst an Stellen, wo sie durchaus keine pathologisch-anatomischen Veränderungen hervorrufen, ist ein wohlbekanntes Faktum[1]), welches nichts beweist in Beziehung auf die syphilitische Ätiologie der Appendizitis. Daß zwei so verbreitete Krankheiten wie Syphilis und Appendizitis gelegentlich bei demselben Patienten vorkommen können, ist ganz einleuchtend und beweist nichts. Man sieht ja auch ab und zu Patienten, die gleichzeitig Tuberkulose und Gonorrhoe haben, ohne daß man daraus auf einen Zusammenhang zwischen diesen beiden Krankheiten schließt. Wichtiger sind die von Gaucher angeführten Resultate mittels der Wassermannschen Reaktion. Wenn wirklich bei weiteren Untersuchungen ungefähr die Hälfte von allen Appendizitisfällen positive Wassermannsche Reaktion gäbe, wäre dies sicher eine sehr bedeutende Stütze für die Theorie Gauchers.

Eigene Untersuchungen. Um dieser Frage näher zu treten, haben wir in der 5. Abteilung des Kommunehospitales 67 Fälle von Appendizitis anamnestisch, klinisch und serologisch untersucht. Das Blut für diese Untersuchungen wurde erst etwa elf Tage nach der Operation entnommen, weil es sich nach einer Reihe übereinstimmender Untersuchungen von Wolfsohn, Reicher, Boas & Th. Petersen gezeigt hat, daß das Serum von narkotisierten Personen gelegentlich positive Wassermannsche Reaktionen geben kann. Die komplementbindenden Stoffe im Blut können sich ungefähr eine Woche nach der Narkose halten.

Bei den 67 Appendizitiskranken wurde nur in zwei Fällen Syphilis gefunden; die übrigen 65 boten keine Symptome von Syphilis dar, weder anamnestisch, klinisch noch serologisch. Von den zwei Patienten mit

[1]) Vgl. Oluf Thomsens eingehende Untersuchungen (Studien über kongenitale Syphilis). Kopenhagen 1912.

Digitized by Google

Syphilis hatte der eine frische sekundäre Manifestationen und kräftige positive Wassermannsche Reaktion 0,2 . . . . 0 [1])
0,1 0
0,05 0
0,025 40
0,01 . . . . 100;
der zweite hatte Syphilis vor 14 Jahren gehabt, war in drei Jahren merkuriell behandelt, und bot keine klinischen Symptome dar; er hatte dabei negative Wassermannsche Reaktion. Bei 23 von den 65 Patienten ohne Syphilis wurde die Wassermannsche Reaktion auch mit größeren Serumdosen als gewöhnlich (0,8 ccm und 0,4 ccm) angestellt [2]), in keinem Falle wurde in dieser Art ein positiver Ausschlag gefunden. Nach diesen Resultaten scheint kein Grund vorhanden zu sein, einen Zusammenhang zwischen Syphilis und Appendizitis zu supponieren.

Die Divergenz zwischen unseren Resultaten und denen von Joltrain und Brin zu ergründen ist nicht leicht, weil die Arbeit der französischen Autoren uns nicht im Original zugänglich gewesen ist. Möglicherweise haben die französischen Untersucher eine allzu fein eingestellte Technik verwendet, möglicherweise haben sie nicht darauf Rücksicht genommen, daß es sich um narkotisierte Patienten handelte, was um so wahrscheinlicher ist, als ihre Arbeit 1909—10 entstand, zu welcher Zeit man noch nicht wußte, daß Narkoseserum gelegentlich positive Wassermannsche Reaktion geben kann.

Zusammenfassung. Durch Untersuchung von 67 Patienten mit Appendizitis wurde keinerlei Stütze für das Annehmen einer syphilitischen Ätiologie dieser Krankheit gefunden.

Zum Schluß sagen wir Hrn. Direktor P. N. Hansen, welcher uns gestattete, das große Material der 5. Abteilung zu benutzen, unseren besten Dank.

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Marine-Lazaretts Hamburg (Chefarzt: Marine-Generalarzt z. D. Dr. Meyer).

Zur Kenntnis der Immunität bei Hautpilzerkrankungen.

Von

Marine-Oberassistenzarzt Dr. Ernst Friedrich Müller.

Aus unserer heutigen Kenntnis der Hautpilzerkrankungen wird im allgemeinen gefolgert, daß tiefe Trichophytien eine gewisse Immunität

---

[1]) Wegen des schlechten Allgemeinbefindens des Patienten bekam er keine Behandlung, der ganze Ausbruch verschwand von selbst, desgleichen die Wassermannsche Reaktion (mehrere Untersuchungen), ein interessantes Beispiel, daß syphilitische Symptome (Papeln, Flecke und positive Wassermannsche Reaktion) ohne Spur von Behandlung spontan verschwinden können. — [2]) Vgl. Thomsen und Boas, Salomonsens Festschrift 1917.

Digitized by Google

erzeugen, während oberflächliche Formen mehr Neigung zu Rückfällen aufweisen.

Die Immunität der tiefen Trichophytien ist praktisch von Wichtigkeit, weil ihre Kenntnis zur Anwendung der spezifischen Vakzinetherapie geführt hat, und es erscheint auch deshalb von Interesse, dem Wesen dieser Immunvorgänge näherzutreten, weil sie seltsamerweise bei oberflächlichen Erkrankungen nicht zur Beobachtung kommen sollen.

Zum Studium dieser Immunvorgänge bei den Hautpilzerkrankungen ist es zuerst notwendig, für das, was wir im ganzen Immunität nennen, einzelne und tatsächlich bekannte biologische Vorgänge einzusetzen, um zu erkennen, ob diese in ihrer Gesamtheit bei den oberflächlichen Formen nicht vorkommen, oder ob nur Teile ausfallen und so das Zustandekommen des Ganzen verhindern.

Beobachtungen und Untersuchungen an einem großen Material von tiefen und oberflächlichen Trichophytien ergaben folgende, in ihrem Wesen bekannte Feststellungen: Die tiefen Bartflechten führen nicht nur örtlich zu geringeren oder stärkeren Abwehrreaktionen des befallenen Gewebes, sondern es lassen sich Symptome nachweisen, die entschieden auf eine Gesamtabwehr des Organismus schließen lassen. So zeigt sich unter anderem, daß besonders schwere Fälle, die zu tiefen Infiltratbildungen führen, nicht nur von Fieber begleitet werden, sondern auch durch starkes Krankheitsgefühl und durch die zum Teil gewaltige Steigerung der polymorphkernigen Leukozyten auf eine Allgemeinerkrankung, d. h. auf eine allgemeine Abwehrreaktion des Organismus hinweisen. Die Erklärung der einzelnen Symptome ist bekannt. Infiltrate und örtliche Entzündungen müssen als aktive, aus verschiedenen Komponenten bestehende Abwehrvorgänge in den tieferen Schichten der Haut und im Unterhautzellgewebe angesprochen werden. Fieber und allgemeines Krankheitsgefühl können ausgedehnten Zellzerfall, starke Reizwirkung der Infektion durch Toxinbildung und erhöhte Funktionswirkung des Organismus anzeigen, sind aber dadurch, daß ihre tatsächlichen Gründe nicht eng genug abgegrenzt werden können, in unserem Sinne nur mittelbar zu verwerten. Die Zunahme der gelapptkernigen Leukozyten weist dagegen auf eine sichtbare Mitbeteiligung des myeloischen Systems, d. h. auf einen zentral empfundenen Reiz und eine zentral beteiligte Abwehr hin.

Die Erfahrung, daß tiefe, mit den beschriebenen Symptomen einhergehende Hautpilzerkrankungen nach solchen Höhepunkten des Verlaufs zuweilen plötzliche Besserung zeigen, führte zu der Ansicht von einer Immunität der tiefen Formen. — Dem stand allerdings entgegen, daß eine Unmenge von tiefen Trichophytien monatelang in den Lazaretten blieben und nicht zur Ausheilung kommen. Aber der Widerspruch ist nur scheinbar, wenn man sich klarmacht, daß Immunität und Heilung keineswegs gleichbedeutend sind.

Immunität ist der Ausdruck für die Gesamtheit der vom Körper zur Bekämpfung der Infektion aufgebrachten Energien, und man darf sich nicht verleiten lassen, Immunisierung bereits als Unverletzlichkeit aufzufassen. Erst wenn die Summe der antibakteriellen Kräfte sich stärker erwiesen hat als die eingedrungene Infektion, wird erfahrungs-

Digitized by Google

gemäß der Körper von der Infektion befreit und bleibt für gewisse Zeit gegen ein neues Eindringen geschützt.

Von dieser Grundlage lassen sich die bei der tiefen Trichophytie bekannten Vorgänge beurteilen als ein Kampf zwischen Infektion und Widerstandskraft, in den die Vakzinetherapie in der Weise eingreift, daß sie durch Neueinführung des Antigens die allgemeine Abwehr erneut reizt und so am Krankheitsherd zu einer Erhöhung der immunisierenden Kräfte beiträgt.

Unter den gleichen Voraussetzungen wird eine Erklärung des scheinbaren Unterschiedes zwischen den Beobachtungen bei tiefen und oberflächlichen Trichophytien möglich.

Die oberflächliche Hautpilzerkrankung kennt kein Infiltrat, keine Eiterung, d. h. der Kampf, die Beziehung zwischen Erreger und Widerstandskraft kommt gar nicht oder nur in allerkleinsten Anfängen zustande. Der Pilz, der in den obersten Schichten der Epidermis lebt, vermeidet rein anatomisch die Berührung mit den Orten, an denen Lymphbahnen und Gefäße den Organismus instand setzten, zentral gebildete Abwehrmittel den infizierten Herden zuzuführen, so daß diese auf die örtliche, rein zelluläre Verarbeitung der Pilze und ihrer Toxine durch die bodenständigen Zellen angewiesen sind. — Die aus dem parasitären Leben der Pilze herrührenden Stoffwechselprodukte sowie der Zerfall von Teilen der geschädigten Haut betrifft nur die obersten Schichten, die nach außen abgestoßen werden können, ohne durch Anhäufung ihrer Zerfallsreste in der Tiefe reizend zu wirken.

Es wäre bereits aus den dargelegten anatomischen Verhältnissen das Fehlen allgemeiner Abwehrvorgänge, d. h. das Fehlen sichtbarer Immunvorgänge verständlich. Doch soll dabei nicht außer acht gelassen werden, daß diese Erklärung nur aus der theoretischen Beurteilung allerdings feststehender anatomischer Tatsachen gegeben wurde, und es ist nötig, weitere positive Beweise heranzuziehen. Ganz in diesem Sinne sind die Mitteilungen Brucks (M. m. W., 1918, S. 347), daß oberflächliche Trichophytien nicht oder nur unbedeutend von spezifischer Vakzine beeinflußt werden, zu beurteilen. Sie sprechen unmittelbar für diese Auffassung, die eine grundsätzlich gleiche Erklärung für die Beobachtungen bei allen Arten von Hautpilzerkrankungen deshalb für unbedingt notwendig hält, weil Immunität und Abwehr als Ausdruck der körperlichen Energien unabhängig von der Art der Infektion stets gleiche Grundlagen und gleiche Leistungsmöglichkeit aufweisen müssen. — Der Unterschied liegt lediglich in dem Grade, wie der Körper die ihm zur Verfügung stehenden Kräfte einsetzt. Daß dieser Grad abhängig ist von der Stärke, mit der der Organismus die Infektion empfindet, spricht keinesfalls gegen eine prinzipiell gleiche Erklärung der Abwehrvorgänge, wenn es nur möglich ist, überhaupt Abwehrvorgänge (und als solche sind die Herdreaktionen anzusehen), selbst allergeringste nachzuweisen.

Es sind an dieser Stelle Befunde zu erwähnen, die bei unspezifischer Immuntherapie zur Beobachtung kamen. Nachdem es gelungen war, durch unspezifische Reize auf die natürlicherweise bei der Immunisierung beteiligten Organe Trichophytien verhältnismäßig rasch zur Heilung zu bringen (Ther. d. Geg., 1918, S. 202), zeigte es sich, daß bei tiefen

Digitized by Google

Trichophytien, die mit Aolan[1]), einer unspezifischen Milcheiweißlösung, behandelt wurden, gleichzeitig vorhandene, oberflächliche Pilzherde am Rumpf nach den Einspritzungen reagierten, zu jucken begannen und dann ohne Reste abheilten. Diese Beobachtungen führten dazu, oberflächliche Erkrankungen ebenfalls mit Aolan zu behandeln, allerdings nur solche Fälle, die durch zu große Ausdehnung die sonst mit gutem Erfolg angewandte Karbolsäureverätzung nach Arning verboten.

Bisher wurden 12 Fälle von Herpes tonsurans (Pilznachweis jedesmal positiv) in dieser Weise mit Erfolg behandelt. In 5 Fällen war der ganze Körper, in den übrigen große Teile des Rumpfes oder die Extremitäten befallen.

In jedem Falle — und nur darauf sollte hingewiesen werden — gelang es, durch Injektion von 10 ccm Aolan (eine im Verhältnis zur Toleranz der unspezifischen Milcheiweißlösung geringe Menge) die Abwehrreaktion genügend zu erhöhen, um eine deutliche Herdreaktion auszulösen.

Es soll damit nicht behauptet werden, daß man auf diese Weise mit einem unspezifischen Reiz die Abwehrvorgänge beliebig steigern kann. Aber die Möglichkeit einer derartigen Beeinflussung oberflächlicher Herde, bei der die Herdreaktion der Reizintensität entspricht, weist mit unzweifelhafter Sicherheit auf eine, wenn auch geringe zentrale Abwehr auch bei solchen oberflächlichen Formen hin, ohne die der Weg für diese Reizleitung gar nicht vorhanden wäre.

Die mitgeteilten Beobachtungen von unspezifischer Immunisierung der oberflächlichen Formen sind ein weiterer Beweis für die prinzipiell gleich aufzufassende, nur in ihrer Intensität verschiedene Immunität bei Hautpilzerkrankungen.

Praktisch lassen sich daraus die Folgerungen ziehen, daß die spezifische Reizerhöhung therapeutisch nur anwendbar ist, wenn die natürlichen Abwehrkräfte bereits mit der Infektion Berührungspunkte haben. In anderen Fällen verpufft die neu angeregte Immunkörperbildung bei der Bindung des Antigens, und es kommt überhaupt nicht zu einer Herdreaktion, weil eben keine oder zu enge Verbindungswege vorhanden sind, auf denen die zentral gebildeten Abwehrmittel (Leukozyten, Immunkörper usw.) an den Krankheitsherd gelangen können. — Praktisch führen die bekannten Beobachtungen der geringer werdenden Reaktion am Krankheitsherd, je mehr die Pilzerkrankung an der Oberfläche bleibt, zu dem Schluß, daß die Vakzinetherapie in solchen Fällen deshalb nicht zum Ziele führt, weil es nicht möglich ist, die Dosis weit genug zu erhöhen, um bei der engen Angriffsmöglichkeit die notwendige Wirkung auszuüben.

Zusammengefaßt kann demnach über diese Immunität bei Trichophytien und ihre praktische Verwertung folgendes gesagt werden:

1. Die Immunitätsvorgänge bei den Hautpilzerkrankungen sind wie bei jeder Infektion Ausdruck der körperlichen Abwehrreaktion.

[1]) Aolan ist eine keim- und toxinfreie Milcheiweißlösung, die in Ampullen zu 10 ccm Inhalt von der Firma P. Beiersdorf & Co. in Hamburg in den Handel gebracht wird.

Digitized by Google

2. Die Abwehr entspricht der Intensität der vom Körper aufgenommenen, durch die Pilzinfektion gebildeten Giftstoffe. Die Abwehr ist also bei tiefen Formen stärker und deutlicher erkennbar als bei oberflächlichen, jedoch in beiden Fällen vorhanden.

3. Diagnostische und therapeutische Herdreaktionen lassen sich bei der Immunotherapie nur erzielen, wenn eine genügende Verbindung zwischen der Infektion und den Wegen der körperlichen Abwehr (Lymphbahnen usw.) bereits hergestellt ist. Sie entsprechen in ihrer Stärke der anatomischen Tiefe des Infektionsherdes.

4. Die zur Therapie notwendige Vakzinedosis muß daher größer sein, je oberflächlicher der Pilzherd seinen Sitz hat.

5. Unspezifisch immunisierende Mittel, wie Aolan, scheinen durch die Möglichkeit höherer Einzelgaben bei oberflächlichen Erkrankungen wirksamer zu sein als spezifische.

Fachzeitschriften.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

1916, Bd. 31, Jahrgang 16[1]).

1. Ist das Trichophyton violaceum Sabouraud als eine selbständige Art von Trichophyton anzusehen? von Tscherasgabow. Bei drei Kranken mit Herpes tonsurans der Haare und der Nägel gelang es Verfasser, gleichzeitig zwei Arten des Trichophyton tonsurans zu kultivieren, nämlich 1. ein weißes, flaumiges Trichophyton, welches dem Tr. umbilicatum entsprach und wahrscheinlich mit ihm identisch ist, und 2. ein pleomorphes, glattes Trichophyton von violetter Farbe, das dem Tr. violaceum Sabouraud ähnlich war, ja demselben in einem Fall völlig gleichkam. Beide Formen werden mit Erfolg Tieren überimpft, wobei sich der Sitz in zwei Fällen sowohl im Innern des Haares als auch in seiner Scheide entwickelte.

2. Die Basedowsche Krankheit in syphilitischen Familien, von Selenew. Auf Grund der Entwicklung von Basedowscher Krankheit nach Infektion mit Syphilis bzw. auf Grund von Verschlimmerung derselben nach Infektion mit Syphilis, ferner auf Grund der günstigen Wirkung der Hg- und Jodbehandlung wie von Schwefelbädern muß in den vom Verfasser gemachten Beobachtungen eine ätiologische Verbindung zwischen der Basedowschen Krankheit und dem syphilitischen Virus angenommen werden.

3. Ein Fall von Bromoderma tuberosum vegetans, von Pawlowskaja-Karyschewa. Das Bromoderma kann, wie Verfasser sagt, durch die allerverschiedensten Brompräparate hervorgerufen werden, die lange Zeit und in großen Dosen genommen werden. Es tritt hauptsächlich bei jugendlichen Personen und vorwiegend bei Frauen auf. Die Lieblingsstellen desselben sind die Extremitäten und speziell die unteren. Pathologisch-anatomisch handelt es sich um einen subakuten, entzündlichen Prozeß der Kapillaren der Haut mit Ödem der Haut, kleinzelliger Infiltration und Bildung mehrerer Abszesse. Die Ursache liegt in einer Reizung der Kapillargefäßwände durch das Brom. Die Krankheit verläuft glücklich und ist der Behandlung ziemlich schwer zugänglich. Pigmentationen und atrophische Narben bleiben nach. Die radikalste Behandlung besteht, entsprechend dem Rat Ulrichs, in Darreichung großer Dosen von Kochsalzlösung.

4. Die ersten Versuche mit dem russischen Salvarsan, dem Arsol Ostromyss-lenski, von Meschtscherski und Bogrow. Das von dem Moskauer Laboratorium Ostromysslenski hergestellte Präparat „Salvarsan", genannt Arsol, löst sich nicht schlechter als das deutsche Präparat auf und verlangt einen etwas geringeren Kalizusatz. In Hinsicht der Ungefährlichkeit steht es ein wenig höher als das deutsche Präparat.

---

[1]) Mit diesem Bande hat die Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten ihr Erscheinen eingestellt.

Digitized by Google

Die Reaktion nach intravenöser Infusion desselben in der Dosis von 0,3 ist gering und nicht stärker als diejenige nach Anwendung des deutschen Salvarsans. Der Heileffekt durch das Arsol tritt schnell und vollkommen zutage und ist durchaus nicht anders als durch das Salvarsan.

5. Ein Fall von Heilung von Botryomykosis und Psoriasis vulgaris bei einer Geisteskranken, von SEREBRENNIKOW. Der Fall ist nur insofern ungewöhnlich, als es sich um Psoriasis rupioides handelte.

6. Zur Frage der ringförmigen Erytheme bei Syphilis, von A. POSPELOW. Beschreibung von fünf Fällen ringförmiger, tertiär syphilitischer Erytheme, wobei Verfasser die Beobachtung machte, daß bei allen irgend welche Abweichungen seitens des Gefäßsystems bestanden, sei es bei den Kranken selbst oder deren Eltern.

7. Zur Behandlung der Blennorrhoe der Frauen und der Kinder mit Vakzine, von BOROWSKAJA. Die Gonokokkenvakzine ist ein unschädliches Mittel, welches sich leicht anwenden läßt und keine unangenehmen Nebenerscheinungen hervorruft. Es kürzt die Behandlungsdauer, besonders in den chronischen und subakuten Fällen von Blennorrhoe ab. Bei Komplikation (gynäkologischen) und negativem Befund von Gonokokken ist die Vakzine von diagnostischer Bedeutung. Sie ist ein hervorragendes therapeutisches Mittel bei Blennorrhoe, schützt aber nicht vor Reinfektion. Die lokale Behandlung der Vagina mit Einspritzungen sinkt zu bloßer unterstützender Behandlung herab. A. Jordan-Moskau.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über die Hautkrankheiten zur Kriegszeit, von IWANOW. (Russki Wratsch., 1916, Nr. 38, S. 889.) Verf. hat in Petersburg seit der Kriegszeit teils an evakuiertem Militär, teils an der Zivilbevölkerung folgende Hautkrankheiten beobachtet: unter den Hautkrankheiten exogener Natur trat die Pedikulosis nur in Ausnahmefällen auf, die Skabies bei evakuierten Soldaten und Offizieren recht häufig und öfter, als sonst bei der Zivilbevölkerung und in der guten Praxis. Als beste Behandlung derselben erwies sich die WILKINSONsche Salbe. Häufig waren Pyodermiten oder Staphylodomien; zu deren Behandlung empfiehlt Verf. an den ersten zwei Tagen Ung. diachylon, darauf Abreibungen mit 2%igem Resorzin-, oder 1%igem Salizyl- oder 0,5%igem Karbolspiritus und danach Anwendung von warmen Kompressen aus 2%iger wäßriger Resorzinlösung oder 0.25—0,5%iger Arg. nitr.-Lösung für die wunden Stellen. Die Umgebung derselben muß mit LASSARscher Paste oder einer Paste folgender Zusammensetzung bestrichen werden: Zinci oxyd, Amyli tritici ää 10.0, Naftalan Eger 20,0. M. f. pasta. Die zur Beobachtung gekommenen Favusfälle waren längst vor dem Kriege erworben. Unter den Hautkrankheiten endogener Natur überwog die Psoriasis vulgaris, welche bei einzelnen Soldaten und Offizieren, die von der Front kamen, zum erstenmal in ihrem Leben aufgetreten war. Ob die Psoriasis vulgaris auch unter der Zivilbevölkerung eine Steigerung erfahren hat, wagt Verf. nicht zu sagen. Seltener war sie nicht geworden. Der Lichen ruber planus und ebenso die Prurigo waren schon seltener. Unter den Ekzemen überwogen zwei Formen: die Sycosis barbae und besonders das Ekzema in der Umgebung von Fisteln, Wunden und eingezogenen Narben. Zur Verhütung dieser Ekzeme rät Verf. die Narbe mit Zinkpaste oder der oben genannten Naftalanpaste zu bestreichen und mit Talkum zu bepudern. Endlich sah Verf. noch Neurosen der Haut vasomotorischen Charakters: blaue, kalte Hände, blasse, kalte Füße, bläulichrote Verfärbungen der Beine, Dermographismus, Urtikaria usw. bei hysterischen oder neurasthenischen Individuen, welche sich der Behandlung sehr wenig zugänglich erwiesen. A. Jordan-Moskau.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. TARNZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

14. Dezember 1918 | Nr. 50 | Band 67

Aus der Heidelberger chirurgischen Klinik.

Die perineale Prostatektomie mit lateraler Inzision.

Von

Geh. Med.-Rat Prof. Wilms †.

(Mit 2 Abbildungen.)

Der Aufforderung der Schriftleitung, über die Erfahrungen mit meiner Methode der Prostatektomie zu berichten, komme ich gern nach, da ich zurzeit auf Grund von 230 derartigen Eingriffen reiche Erfahrungen habe sammeln können.

Die anatomischen Verhältnisse, welche die Entfernung der Prostata ermöglichen, setze ich als bekannt voraus, hebe aber noch einmal hervor, daß die in der Prostatadrüse sich entwickelnden Adenome oder Myome bei ihrer Vergrößerung den noch normalen Teil des Prostatagewebes samt Muskulatur beiseiteschieben, und daß dadurch um diese krankhaften Bildungen eine Kapsel entsteht, welche den Rest der Prostata samt Teilen der glatten Muskulatur des Schließmuskels enthält. Wer also die Prostata durch Ausschälung aus ihrer sogenannten Kapsel entfernt, läßt so viel von der Prostata zurück, daß sich regelmäßig eine kleine Prostata wiederbildet, und daß auch, wenn nicht ganz besondere Verhältnisse vorliegen, schnell wieder der zurückgelassene Schließmuskel funktionsfähig wird. Mit der Entfernung der Prostata pflegt immer, wenn nicht durch besondere Operationsmethoden darauf Rücksicht genommen wird, der Teil der Harnröhre mit entfernt zu werden, welcher von den Neubildungen der Prostata umgeben ist; Störungen erwachsen dadurch nicht, weil ein Teil dieser Harnröhrenpartie eigentlich erst durch das Wachstum der Drüse zu seiner Größe und Form sich entwickelt. Fällt also dieses Stück der gedehnten Harnröhre weg, so sinkt der Blasenboden, der durch die Vergrößerung der Vorsteherdrüse in die Höhe gehoben worden war, wieder nach abwärts, und es legt sich die Öffnung der Blase in vielen Fällen direkt an die untere Harnröhrenöffnung an, welche im Gebiete des äußeren Schließmuskels erhalten geblieben ist.

Da also die leichte Entfernung der Vorsteherdrüse gewissermaßen anatomisch vorbereitet ist, so ist ihre Ausschälung von oben,

[1]) Im Alexanderspital zu Sofia lernte ich durch einen Schüler von Wilms, den Heidelberger Privatdozenten Dr. Arthur W. Meyer, kommandiert zur Dienstleistung als Leibarzt des Königs von Bulgarien, die Operation kennen, deren Schnelligkeit mir für eine Reihe von Fällen äußerst zweckmäßig erschien. Ich bat den Erfinder der Methode um eine Veröffentlichung für die Zwecke unserer Wochenschrift. Ein wehmütiger Dank gebührt dem hervorragenden Chirurgen an dieser Stelle. Unser Hamburger Chirurg Hr. Geheimrat Kümmell übernahm gern die Durchsicht der letzten Korrektur. Delbanco.

Digitized by Google

von der Blase her, wie auch von unten sehr leicht durchzuführen; nur verwachsene kleinere Formen machen wegen Mangel einer Kapsel mehr Mühe. Man wird also von vornherein annehmen dürfen, daß sowohl die suprapubische, als auch die perineale Operation brauchbare Methoden abgeben für die Prostatektomie.

Wir sehen, daß in der Literatur die einzelnen Autoren sich gern auf die eine oder die andere Form der Prostatektomie einstellen und dann die Nachteile der anderen Methode besonders hervorheben. Trotzdem ich fast nur die perineale nach meinem Vorschlage ausführe, bin ich weit davon entfernt, die Brauchbarkeit der suprapubischen zu bestreiten. Ich erkenne an, daß für viele Fälle von Vergrößerungen der Prostata mit diesem Eingriff sehr gute Resultate sich erreichen lassen, muß aber hinzufügen, daß ein Teil der Patienten, bei denen besondere Störungen vorliegen, sich besser für die perineale eignet. Die Komplikationen, welche sich bei der suprapubischen unangenehm bemerkbar machen, sind schlechter Allgemeinzustand des Patienten, besonders Herz- und Lungenstörungen, Zystitis und starke Gefäßerweiterung mit Neigung zu Blutungen. Für diese Formen eignet sich die untere Prostatektomie deshalb besser, weil durch den Eingriff, der am Damm vorgenommen wird, keine Schmerzempfindungen an den Bauchdecken gesetzt werden, die für Husten und Bewegungen unangenehm sind, und weil zweitens die Drainage nach abwärts, von der Blase her, für eventuelle Entzündungen und für Entleerung der Blase wesentlich günstiger ist als die Drainage nach oben.

Nach dieser kurzen Übersicht zur Erklärung, inwieweit die eine oder andere Operation vorzuziehen, möchte ich kurz unseren Eingriff schildern und erklären, warum unsere Methode technisch so einfach und in ihren Erfolgen so dankbar ist. Die Prostata wird aufgesucht von einer Stelle, wo sie der Haut am nächsten liegt, das ist in dem Winkel zwischen den beiden absteigenden Schambeinästen (Fig. 1). Seitlich von der Mittellinie geht man ein, um die Corpora cavernosa nicht zu verletzen (Fig. 2). Der Eingriff bis zur Prostata erfolgt nach scharfer Durchtrennung der Haut stumpf mit der Kornzange oder einem ähnlichen Instrument. Man durchstößt dabei den dünnen Beckenboden und die Kapsel der Drüse. Beim Einstechen in die Prostata orientiert man sich durch einen Katheter, der in die Harnröhre eingeführt oder, was noch besser ist, durch den Traktor von Young. Neben diesem geht man stumpf vorstoßend in die Prostata hinein und spreizt dann die Zange so weit, daß der Finger durch das Loch eingeführt werden kann. Häufig kommt man dabei direkt in die Harnröhre und sperrt dann die Harnröhre so weit, daß der Finger in sie hineingehen und dann die Drüse von innen her ausschälen kann. Dieses frühzeitige Eingehen in die Harnröhre schafft eine Sachlage, wie sie bei der gewöhnlichen perinealen Methode auch vorliegt, wo man bekanntlich auch von der Harnröhre aus die Drüsenhälften entfernt.

Es ist beim Einzelfalle verschieden, welcher Teil der Prostata sich schneller von der Kapsel lösen läßt; manchmal gelingt es besser von hinten her, die Drüsenhälften auszuschälen, in anderen Fällen von vorn. Ist die Prostata mäßig vergrößert, so kann man oft in wenigen Sekunden die Hälften frei machen, geht dann mit einer Zange, ich nehme dazu am

Digitized by Google

liebsten eine Löffelzange, wie sie für Gallensteine angegeben ist, faßt jetzt die gelockerten Drüsenknoten, dreht die Zange ein paarmal herum, um zu sehen, ob auch die Knoten frei beweglich sind und holt dann die Teile heraus. Der Finger untersucht, ob noch Reste sich finden und ob noch ein größerer Mittellappen nach dem Blasenlumen zu vorstößt. Die

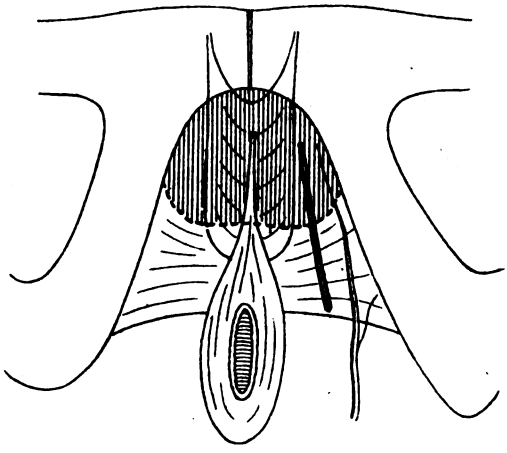


Fig. 1.

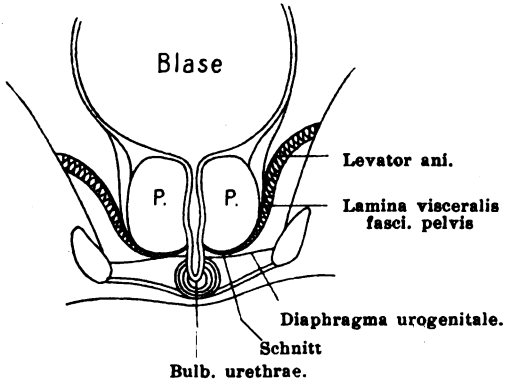


Fig. 2.

Entfernung eines solchen Mittellappens ist meist leicht, weil nach Wegnahme der Hauptdrüsenteile der Blasenboden sich nach abwärts senkt und dem Finger bequem zugängig wird.

Daß die Schwierigkeiten der Lösung im einzelnen Falle variieren, liegt auf der Hand. Daß besonders bei sehr großen Knoten, wir haben Fälle von 170 Gramm Schwere perineal entfernt, die Entfernung stückweise vorgenommen werden muß, um die Einschnittöffnung nicht zu sehr zu erweitern, ist natürlich, kompliziert aber den Eingriff nicht.

Digitized by Google

Hat man die Drüsen entfernt, so fällt auf, daß bei dem einen Patienten eine weite Öffnung in der Blase vorhanden ist; das sind die Fälle bei denen ein großer Mittellappen mehr oder weniger in die Blase vorgetrieben war. Bei anderen Patienten ist die Blasenöffnung eng, ja es fließt öfter überhaupt kein Urin ab, trotz Entfernung der ganzen Prostata. Hier fehlt also jede Erweiterung im Bereich der inneren Blasenöffnung; der Sphinkter der Blase ist überhaupt nicht geschädigt, seine Funktion ist in solchen Fällen schon nach wenigen Tagen wieder vorhanden, ja, man hat zuweilen den Eindruck, als ob trotz Entfernung der Prostata noch ein gewisser Sphinkterspasmus bestehen geblieben wäre.

Die letzte Aufgabe der Operation ist das Einführen eines kleinfingerdicken Gummirohres in die Blase, kurzes Ausspülen der Blase zur Entfernung eventueller Blutgerinnsel, dann Naht. Nach der Operation pflegen wir noch mit einem längeren Spatel, wie wir ihn bei Bauchoperationen gebrauchen, das Bett der Prostata zu komprimieren, um die Blutung, die an sich schon unbedeutend ist, auf ein Minimum zu beschränken.

Zur Anästhesierung sind verschiedene Methoden geeignet. Ich bevorzuge die Lokalanästhesie mit Umspritzung der Prostata, unterstützt entweder durch die Präsakralanästhesie nach Braun oder die Pudendusanästhesie nach Franke-Posner. Bei der epiduralen Einspritzung haben wir Ohnmachtsanfälle erlebt, wenn wir größere Dosen bis 60 ccm Novokain injiziert haben. Lumbalanästhesie ist nur in wenigen Fällen verwandt worden. Die Narkose suchen wir soweit als möglich zu vermeiden.

Was zuerst die Komplikationen bei der Operation angeht, so ist uns eine Rektumverletzung seit Jahren nicht mehr vorgekommen. Sie ist bei unserer Methode deshalb so leicht zu vermeiden, weil an der Stelle, wo bei der perinealen Methode sonst das Rektum gefährdet ist, keine Lösung des Dammes zu erfolgen braucht, vielmehr spielt sich die ganze Operation oberhalb dieser Zone ab. Die Blutung ist in der Regel so unbedeutend, daß Schwierigkeiten daraus kaum erwachsen. Besteht schon eine Zystitis, so muß natürlich vorher die Blase gründlich gespült werden. Es gelingt dann, eine schwere Infektion des Wundbettes zu vermeiden, die bei alten Leuten nicht ungefährlich ist.

Daß jede Form der Hypertrophie von unten operierbar ist und auch alle Teile der Prostata entfernt werden können, selbst ein hochsitzender Mittellappen, davon haben wir uns immer wieder überzeugt. Schwierigkeiten machen nur jene selteneren Formen der Erkrankung, bei welchen eine schärfere Abgrenzung zwischen den Knoten der Prostata und der Kapsel nicht eingetreten ist, und deshalb die Lösung mit dem Finger auf Widerstand stößt. In solchen Fällen wird die Muskulatur der Prostata doch zuweilen mitgeschädigt, und wir sehen, daß eine längere Zeit vergeht, bis wieder Kontinenz eintritt. Diese Schwierigkeit liegt aber ebensowohl bei der suprapubischen Methode vor; sie läßt sich nur dann etwas verringern, wenn man bei der perinealen Form die Prostata breit freilegt und bei schwieriger Lösung mit Pinzette und Schere die fixierten Knoten entfernt.

Daß genaue Prüfung der Nierenfunktion vor der Operation notwendig ist, bedarf kaum besonderer Betonung. Patienten, die durch

Digitized by Google

längere Rückstauung der Niere starkes Durstgefühl, Appetitlosigkeit, trockene Zunge, Widerwillen gegen Fleischgenuß haben, schnell abgemagert sind und auch geistig schnell ermüden, darf man nicht operieren, denn die nach der Operation vorhandene freie Harnentleerung führt manchmal zu völligem Versagen der Nieren mit Anurie. Hier müssen durch regelmäßiges Katheterisieren erst die Nieren und der vergiftete Organismus sich erholen. Bei schweren Fällen dieser Art kann sogar ein plötzliches Abfließen des Urins durch das Einlegen des Dauerkatheters gefährliche Komplikationen bringen. Die Farbstoffprobe gibt zur Funktionsprüfung gute Anhaltspunkte bei günstigem positivem Resultat (Blaufärbung nach 10—15 Minuten). Ist das Ergebnis eine verspätete Ausscheidung, so läßt sich durch andere Methoden noch genauer die Nierenleistung bestimmen. Wir pflegen gleichzeitig das Allgemeinbefinden mit zu bewerten bei der Entscheidung, ob Operation oder nicht und haben Patienten mit Glück operiert, trotzdem auch nach längerer Beobachtung und später als 30 Minuten die Blaufärbung eintrat.

Wegen der Resultate der Operation verweise ich auf meine Arbeiten aus dem Jahre 1912, M. m. W., Nr. 47, und 1913, M. Kl., Nr. 16. Aus der ersten Arbeit sind 31 Fälle mitgeteilt und ein Todesfall infolge starker doppelseitiger Hydronephrose durch Niereninsuffizienz, in der zweiten Arbeit ist über 31 Fälle aus dem Jahre 1912 berichtet ohne Todesfall. Auch wegen Einzelheiten über den baldigen Fistelschluß und das schnelle Eintreten der Kontinenz verweise ich auf diese Arbeiten. Unter den 31 Patienten aus dem Jahre 1912 war der jüngste 58, der älteste 79 Jahre.

Was die Nachbehandlung und Heilung angeht, so darf betont werden, daß die Nachbehandlung ungewöhnlich einfach ist. Spülungen sind kaum notwendig, außer wenn in vereinzelten Fällen einmal ein Blutkoagulum das Drainrohr verstopft. Das Rohr bleibt bis zum fünften oder siebenten Tage liegen, dann überläßt man die weitere Heilung der Wunde sich selbst. Gewöhnlich kommt nach 10—12 Tagen der Urin teilweise durch die Harnröhre, und die Dammwunde pflegt sich in der zweiten oder dritten Woche zu schließen. Es gibt natürlich Fälle, bei denen die Dammwunde länger noch etwas sezerniert und vereinzelt sich erst nach 6—8 Wochen schließt. Das sind die Fälle, bei denen wegen sehr großer Prostata die Dammwunde stärker erweitert werden mußte als gewöhnlich.

Was die Kontinenz betrifft, so variieren hier die Erfolge stark. Wir haben vereinzelte Fälle gesehen, wo schon in der ersten Woche der Urin durch die Harnröhre sich entleert hat, kurz nachdem das Rohr entfernt wurde, und wo schon im Verlauf der zweiten Woche normale Verhältnisse mit völliger Kontinenz eintraten. Gewöhnlich braucht es aber drei bis vier Wochen, bis die Kontinenz erzielt ist; in seltenen Fällen bleibt noch nach dieser Zeit ein gewisses Gefühl der Unsicherheit bestehen, so daß einzelne Patienten von der schnellen Entleerung überrascht werden. Völlige Inkontinenz haben wir unter unserem großen Material im ganzen dreimal gesehen, ohne sagen zu können, warum in diesen Einzelfällen die Muskulatur insuffizient wurde. Entzündungen des Hodens und des Nebenhodens kommen etwa in 5% der Fälle vor.

Digitized by Google

Eine Zeitlang hatte ich zur Vermeidung dieser Schäden geraten, die Vasa deferentia bei der Operation mit zu unterbinden, bin von dieser Vorsicht ganz zurückgekommen.

Ich habe früher schon betont, daß der operative Eingriff an sich überhaupt kein Risiko mit sich bringt. Gefahren liegen nur darin, daß man bei der Auswahl der Fälle doch so weit geht, daß auch sehr heruntergekommene und in ihrer Nierentätigkeit geschädigte Patienten noch dem Eingriff unterzogen werden. Wir sind in der Auswahl der Fälle sehr weitgehend gewesen, weil die Erfahrung zeigt, daß das Anlegen einer Blasenfistel zum dauernden Abfluß des Urins für schwerkranke Patienten keinen befriedigenden Zustand schafft. Die meisten der alten Leute sind dann auf dauernde Pflege angewiesen, was für Patienten dritter Klasse mit Schwierigkeiten verbunden ist. Aus diesem Grunde haben wir die Indikation zur Prostatektomie sehr weit gestellt, noch Fälle operiert, bei denen die Farbstoffausscheidung erst nach 20 und sogar 30 Minuten erst erfolgte. Auch diese Patienten haben den Eingriff an sich gut überstanden. Der größere Teil hat sich allmählich erholt, auch die Nierenfunktion besserte sich wieder. In anderen Fällen war eine Heilung nicht mehr zu erzielen. Nach Wochen oder Monaten sind einzelne dieser Schwerkranken nicht dem operativen Eingriff, aber der mit der Prostatavergrößerung einhergehenden Nieren- und Herzschädigung und ihrer Altersschwäche erlegen.

Was die Spätresultate angeht, über die in der Literatur nicht viel mitgeteilt ist, so erstreckt sich unsere Beobachtung jetzt auf ein Jahrzehnt mit insgesamt 230 Prostatektomien. Das Gros der Fälle ist bezüglich der Blasenfunktion so gut im Stande, daß die Patienten jahrelang bis zu ihrem an anderen Leiden erfolgten Tode normale Blasenfunktion zeigten. Bei einem kleinen Teil der Fälle sehen wir, daß ein gewisses Hindernis der Entleerung doch nach Jahren wieder auftritt. Es zeigt sich, daß ein Residualharn mäßigen Grades sich wieder nachweisen läßt. Dabei ist die Prostata nicht wesentlich vergrößert. Wir sind bisher nicht gezwungen worden, einen zweiten Eingriff bei solchen Patienten auszuführen. In wenigen, etwa 1—2% der Fälle, sehen wir Störungen auftreten, welche auf eine Stenosierung der Pars prostatica hinweisen. Bei diesen muß durch Bougierung eine Erweiterung in ähnlicher Weise durchgeführt werden, wie bei den sonstigen Strikturen. Eine zuweilen zurückbleibende Trübung des Urins bei leichter Zystitis muß mit zeitweiligen Spülungen behandelt werden.

Ich möchte zum Schluß keinen Vergleich ziehen zwischen Resultaten meiner Methode und denen der anderen Eingriffe, sondern hebe nur hervor, daß der Eingriff, was Leichtigkeit und Schnelligkeit der Ausführung angeht, wohl von keiner der anderen Operationen übertroffen wird, und daß er gerade deshalb in erster Linie in Betracht kommt bei solchen Patienten, bei denen wegen Herz-, Lungen- oder sonstiger Störung der operative Eingriff so kurz und so wenig eingreifend als möglich gestaltet werden muß.

Digitized by Google

Pityriasis lichenoides chronica [1]).

Klinische und mikroskopische Studien eines irrtümlich als Lichen planus angesprochenen Falles.

Von

Dr. Fred Wise, Instrukter für Dermatologie an der Columbia University in New York.

Übersetzt von Dr. Albert Kaufmann in Bad Wildungen.

Nur wenige Krankheiten nehmen das besondere Interesse der Dermatologen so sehr in Anspruch, wie die mannigfaltigen Ausschläge, die man heute unter der Bezeichung ‚Parapsoriasis' zusammenfaßt. Die Vielgestaltigkeit der Effloreszenzen in bezug auf Morphologie und klinisches Aussehen, ihre auffällige Chronizität, der hartnäckige Widerstand, den dieselben der Behandlung entgegensetzen, der auffallende Mangel an ätiologischen Faktoren, die überraschende Ähnlichkeit einzelner Ausschläge mit anderen Dermatosen, vor allem aber der Umstand, daß, so verschiedenartig auch die einzelnen Typen der Krankheit untereinander sind, sie in bezug auf die Histopathologie eine konstante Übereinstimmung zeigen, das alles zusammengenommen gibt der Parapsoriasis ihren ganz besonderen und außerordentlich interessanten Charakter.

Von wie vielen Gesichtspunkten aus die verschiedenen Autoren den Gegenstand betrachtet haben, dafür gibt der Wandel der Nomenklatur, den diese Gruppe von Affekten im Verlauf von 25 Jahren erfahren hat, ein genügendes Beispiel.

Unna, Santi und Pollitzer (1) berichteten im Jahre 1890 zum ersten Male über zwei Fälle von Parakeratosis variegata. Bald darauf erschienen in der Literatur eine große Zahl von Monographien, die die verschiedensten Titel trugen. Die Unnaschen Fälle betrafen junge Männer mit einem Ausschlag, der in der Hauptsache aus flachen, etwas erhabenen Papeln und Plaques bestand, die vielfach zu streifigen und spiraligen Läsionen zusammenfließend, ein unregelmäßiges Netzwerk bildeten, in dessen Maschen man kleine Inseln intakter Haut nachweisen konnte. Einige Papeln waren von einem dicken Hornlager überzogen, das einen Glanz ähnlich den Lichen planus-Papeln aufwies, andere wieder trugen zarte Schuppen. Die Farbe variierte an den verschiedenen Stellen von einem Blaßrot, bis Rotbraun und Violett. Die Eruptionen zeigten chronischen und progressiven Charakter ohne Remissionen und Exazerbationen. Sitz derselben waren Stamm und Extremitäten. Subjektive Symptome fehlten. Die Behandlung blieb völlig erfolglos. Die pathologischen Veränderungen blieben auf Papillarkörper und Epidermis beschränkt. Die tieferen Hautschichten, ebenso wie Follikel und Drüsen blieben frei.

---

[1]) Vortrag, gehalten in der Dermatologischen Sektion der 67. Jahresversammlung der American Medical Association, Detroit, Juni 1916. (J. Am. m. Assoc.).

Digitized by Google

Die Papillarschicht zeigte mäßiges Ödem und Dilatation der Blutgefäße mit geringer perivaskulärer Infiltration. Die Epidermis war etwas ödematös, die Stachelzellen aufgequollen. Die Übergangsschichten erschienen normal, das Hornlager dagegen verdickt, mit hier und da verstreuten, gekernten Hornzellen. Zu dem Stamm: Parakeratosis variegata gab das netzförmige Aussehen der Eruption im Zusammenhang mit der bestehenden Parakeratosis Veranlassung.

Diese Schilderung diente JADASSOHN (2) zur Grundlage, als er im Jahre 1894 eine Hautkrankheit demonstrierte, die hauptsächlich aus roten, getrennt und verstreut am Stamm und an den unteren Extremitäten eines erwachsenen Mannes auftretenden Papeln bestand. Die mit zarten Schuppen bedeckten Papeln wechselten von Stecknadelkopf- bis Linsengröße; sie waren oval oder rund. Die histologische Untersuchung ließ eine zarte perivaskuläre Rundzellinfiltration in der Papillarschicht und eine mäßige Proliferation des Stachellagers in der Epidermis erkennen. Die granuläre Schicht war normal, das Stratum corneum aber zeigte eine Veränderung im Sinne der Parakeratosis. JADASSOHN bezeichnet diese Eruptionen als ‚psoriasiformes und lichenoides Exanthem' und gab ihr später (3), im Jahre 1900, den Namen „Dermatitis psoriasiformis nodularis". In den Jahren 1896—1898 wurde über ähnliche Fälle berichtet von NEISSER (4), JULIUSBERG (5), PINKUS (6) und RÔNA (7).

1897 beschrieb BROCQ (8) einen dritten Typus, welcher von dem von UNNA und JADASSOHN beschriebenen abweichend, sich durch sehr schwach infiltrierte, scharf umgrenzte größere und kleinere Plaques auszeichnete, die rötlich oder blaßrot gefärbt und mit dünnen Schuppen bedeckt waren. Mikroskopisch konnte eine mäßige Infiltration der papillären Schichten, ein normales Stachelzellager und das Fehlen von Parakeratosis nachgewiesen werden. BROCQ gab diesem Typus den Namen „Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées".

1899 führte JULIUSBERG (9) zwei Fälle des oben genannten JADASSOHNschen Typus unter dem Titel „Pityriasis lichenoides chronica" auf.

Zwei Jahre später beschrieb CROCKER (10) zwei Krankheitsfälle auf Grund der Ähnlichkeit der Ausschläge mit Lichen planus als ‚Lichen variegatus'. Im Jahre 1901 veröffentlichte FOX und MAC LEOD (11) eine Schrift, in welcher sie den Namen „Resistant maculopapular scaly erythrodermia" für die ganze Gruppe in Vorschlag brachten, während TÖRÖK (12) in folgendem Jahre die verschiedenen Typen der Eruption unter dem Titel einer ‚schuppigen verstreut in Flecken auftretenden Erythrodermie' zusammenfaßte.

Im Jahre 1902 untersuchte BROCQ (13) den Gegenstand nochmals und stellte fest, daß die unter verschiedenen Namen dargestellten mannigfaltigen Krankheitstypen so viele gemeinschaftliche Punkte aufwiesen, daß man jene als bloße Varietäten ein- und derselben Dermatose auffassen müßte. Er bezeichnet die ganze Gruppe als ‚Parapsoriasis' und unterschied drei Typen derselben.

1. Parapsoriasis en gouttes. Dieser Typ, der der Psoriasis ähnelt, ist ausgezeichnet durch kleine, isolierte, makuläre und papuläre, schwach infiltrierte, mit Schuppen bedeckte Läsionen, die beim Abkratzen leicht bluten. Zu dieser Gruppe zählt der von JADASSOHN beschriebene Fall.

Digitized by Google

2. Parapsoriasis lichenoide. Dies ist eine sowohl der Psoriasis als dem Lichen planus gleichende Unterart. Ausgezeichnet ist dieselbe durch kleine, papuläre, teils abgeflacht und glänzend aussehende, teils atrophische Elemente, die zur Konfluenz und zur zarten maschigen Netzbildung neigen, oder die auch aus verschieden großen Flecken bestehen, welche dem Ganzen ein streifiges und marmoriertes Aussehen verleihen. In dieser Gruppe einbegriffen ist die Parakeratosis variegata von Unna, Santi und Pollitzer und der Lichen variegatus von Crocker.

3. Parapsoriasis en plaques. Die Eruption besteht hier aus großen scharf begrenzten Flecken, die entweder leicht abschuppen oder gänzlich frei von Schuppen sind, und die der Psoriasis sowohl wie der Dermatitis seborrhoica gleichen. Diese Abart wurde früher als Érythrodermie pityriasique en plaques disséminées beschrieben. Viele Beispiele des letzteren Typ ähneln dem Frühstadium der Mycosis fungoides.

Unter der Bezeichnung „Xanthoerythrodermia perstans" beschrieb Crocker (15) im Jahre 1905 eine Unterart von Parapsoriasis en plaques, die, wie der Name besagt, sich durch eine ungewöhnliche gelbe Färbung auszeichnete.

Civatte (16) berichtete im Jahre 1906 über zwei klinisch der Pityriasis lichenoides chronica ähnelnde Fälle, die mikroskopisch die Struktur eines tuberkulösen Granuloms in den oberen Schichten des Koriums erkennen ließen. Dieser Beobachter, ebenso wie Milian und Pinard (17) nahmen an, daß diese Fälle einen Übergang bzw. ein Bindeglied zwischen Parapsoriasis und gewissen Formen von Hauttuberkulose darstellen — eine Ansicht, die, meines Wissens nach, von anderen Forschern noch nicht bestätigt ist.

Obschon Brocqs Klassifikation nicht ohne heftigen Widerspruch geblieben ist, so insbesondere von Arndt (18), so scheint sie doch ihren Zweck erfüllt zu haben und von der Majorität der Schriftsteller, die sich mit der Parapsoriasis beschäftigten, draußen und hier zu Lande akzeptiert worden zu sein. Unter den amerikanischen Autoren haben Corlett und Schultz (19), J. C. White (20), C. J. White (21), Trimble (22), Sutton (23) und andere Brocqs Klassifikation anerkannt. Daß diese Einteilung in drei Unterabteilungen eine rein willkürliche ist, lehrt die Veröffentlichung der Fälle, bei denen die verschiedenen Typen der Parapsoriasis bei demselben Patienten entweder gleichzeitig oder nacheinander zur Beobachtung kamen. Es genügt in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungen Csillags (24) und Klausners (25) hinzuweisen an Kranken, die gleichzeitig die Symptome der Pityriasis lichenoides chronica und der Parakeratosis variegata aufwiesen. Zum Überfluß veröffentlichte Werther (26) neuerdings einen Bericht über einen Kranken, auf dessen Haut die drei Varietäten der Parapsoriasis gleichzeitig ausgeprägt waren, ein Umstand, der viel dazu beitragen wird, den Streitfall zugunsten derer zu entscheiden, welche in Brocqs Klassifikation nur eine bequeme und willkürliche Schematisierung erblicken.

Die neuere amerikanische Literatur ist durch zwei ausgezeichnete Beiträge über den Gegenstand der Parapsoriasis bereichert worden; die eine, von Heimann (27), beschäftigt sich mit der Histopathologie der Gruppe als Ganzes; in der anderen von Stokes (28) wird sein Fall von

Digitized by Google

Pityriasis lichenoides chronica zum Ausgangspunkt für experimentell-therapeutische Versuche genommen.

In den letzten Jahren hatte ich Gelegenheit acht Beispiele verschiedener Typen der Krankheit zu studieren und war in der glücklichen Lage, von allen Fällen histologisches Untersuchungsmaterial zu erhalten. Fünf dieser Fälle korrespondierten mit Brocqs Parapsoriasis en plaques, die anderen drei mit Pityriasis lichenoides chronica. Einer der letzteren war schon in einem früheren Aufsatz erwähnt, der zweite bildet den Gegenstand einer gegenwärtigen Abhandlung.

Das charakteristische dieser Läsionen besteht klinisch einerseits in den vielen Variationen, die man bei den verschiedenen Fällen antrifft, andererseits in der Ähnlichkeit dieser Fälle mit nicht verwandten Dermatosen, eine Ähnlichkeit, die eine höchst sorgfältige Differentialdiagnose erforderlich macht. Was die ganze Gruppe in histologischer Beziehung auszeichnet, das ist die Einheitlichkeit der krankhaften Veränderungen, die man an Schnitten wahrnimmt, welche von den gröberen Läsionen ganz verschiedener Typen entnommen sind. In allen diesen Schnitten stimmen die mikroskopischen Details im wesentlichen mit den so häufig beschriebenen Veränderungen bei den verschiedenen Formen der Parapsoriasis überein. Insbesondere handelt es sich bei der Histopathologie um die Frage, ob Parakeratosis vorliegt oder nicht. In allen oben erwähnten Fällen, mit Ausnahme eines einzigen, konnten gekernte Hornzellen leicht nachgewiesen werden, die gleicherweise bei der unregelmäßig fleckigen, wie bei der getüpfelten Abart der Krankheit auftraten. Sowohl Brocq wie Arndt geben an, daß Parakeratosis sich bei den von ihnen untersuchten Schnitten von fleckiger Parapsoriasis nicht vorgefunden habe, während Civatte wie Heimann nachdrücklich bei diesem Typus die Parakeratosis konstatieren. Das Wahrscheinliche ist, daß Parakeratosis zwar einen Teil der geringfügigen Veränderungen bei den verschiedenen Arten der Affektion ausmacht, daß sie jedoch nicht immer einwandsfrei nachgewiesen werden kann.

Der folgende kurze Bericht betrifft einen Fall von dem lichenoiden Typus der Parapsoriasis mit ungewöhnlich ausgebreiteter Eruption. Der Patient, der Dr. Fordyces Abteilung in der Vanderbilt Klinik angehört, wurde in der Oktoberversammlung 1915 der New Yorker Dermatologischen Gesellschaft vorgestellt. Die Mehrheit der Mitglieder, die die Haut des Kranken untersuchten, hielten den Fall für Lichen planus.

Vorgeschichte. — J. C., ein 58jähriger Mann, Eingeborener dieses Landes, verheiratet, war, mit Ausnahme eines drei Jahre zurückliegenden Anfalles von Rheumatismus, stets gesund. Die rheumatischen Schmerzen wurden zur Zeit durch Salizylate und Jodkalium prompt beseitigt und sind seither nicht wieder gekommen. Ein Arzneiexanthem war nicht aufgetreten. In der Familie ist ein Ausschlag, wie der gegenwärtige, nicht beobachtet. Vor 10 Jahren hatte Dr. Gottheil ein Epitheliom an der linken Schläfe operativ beseitigt. Eine glatte, weiße Narbe zeigt die Operationsstelle an. Anzeichen von Syphilis liegen nicht vor.

Gegenwärtiger Zustand. — Der Kranke ist in gutem Ernährungszustand, anscheinend ganz gesund. Die physikalische Untersuchung ergibt nichts Abnormes. Der Wassermann ist negativ, der Urinbefund normal. Keine Sensibilitätsstörungen der Haut.

Haut: Vor $2^1/_2$ Jahren zeigte sich die Krankheit zuerst an der Beugeseite der Vorderarme in Form kleiner roter, runder und ovaler, leicht juckender Papeln. Kurz

Digitized by Google

darauf traten ähnliche Läsionen überall am Körper, mit Ausnahme von Hals, Gesicht, Kopfhaut, der Handflächen und der Fußsohlen auf. Die Schleimhäute blieben frei. Seit Beginn des Leidens hat keine der Läsionen auch nur die geringste Tendenz zur Rückbildung gezeigt. Je weiter sich die Eruption ausbreitete, um so mehr hatte der Kranke unter einem Pruritus zu leiden, der ihm oft den Schlaf raubte. Kratzeffekte sind indessen nicht nachzuweisen.

Mit Ausnahme der oben erwähnten Bezirke ist die ganze Hautfläche, einschließlich der der Genitalien, befallen. Der Ausschlag besteht aus zahllosen Flecken und Papeln von Stecknadelkopf- bis Linsengröße. Dieselben sind rund und oval, tiefrot, glatt, ohne Schuppen, von der Seite betrachtet, etwas glänzend. Überall stehen die Läsionen dicht gedrängt, besonders aber auf Armen und Beinen. Eine abgegrenzte Gruppierung der Flecke und Papeln trifft man vorn auf den Vorderarmen und an der Haut über den Schienbeinen an. Ähnlich gruppierte Elemente bemerkt man auf dem Abdomen und auf den Hüften. An manchen Teilen der oberen und unteren Extremitäten sind die Läsionen zu größeren Flecken mit unregelmäßigen Rändern zusammengeflossen, die sich scharf gegen die umgebende normale Haut abgrenzen. An den Vorderarmen erscheinen sie blaßrot, an den Beinen mehr violett, glatt und glänzend. An mehreren Bezirken des vorderen Teiles der Unterarme bilden die Papeln krumme Linien von 1—2 Zoll Länge, die in der Richtung der Längsachse des Armes verlaufen. Überall, besonders an den Extremitäten und am Stamm, herrschen die papulären Läsionen vor. Sie sind zumeist flach, scharf abgegrenzt, aber nicht eckig oder polygonal. Bei genauerer Untersuchung zeigen sich manche auf verschiedenen Teilen des Körpers verstreute Papeln nabelförmig gedellt. Die makulären Elemente werden sehr zahlreich auf dem Handrücken, dem oberen Teile der Brust und auf den Genitalien angetroffen. Viele Läsionen scheinen sich im Übergangsstadium von der Makula zur Papel zu befinden. Pigmentierung oder Schuppung liegt nicht vor.

Behandlung und Resultat. — Fowlersche Lösung, die auch von anderen Ärzten längere Zeit verabreicht worden war, bewirkte keine Rückbildung der Läsionen und hielt den Krankheitsprozeß nicht auf. Drei autogene Seruminjektionen blieben auf den Pruritus ohne Einfluß und veränderten auch die Hauterscheinungen nicht. Kromayersches Licht, das auf die Haut des Abdomen in sechs Sitzungen wöchentlich angewandt wurde, bewirkte zeitig ein teilweises Verschwinden der Papeln; sobald die Reizung der ultravioletten Strahlen jedoch bis auf die letzte Spur verschwunden war, nahmen die lichtbehandelten Hautpartien wieder ganz das Aussehen der unbehandelten an.

Histopathologie. — Eine linsengroße Papel wurde einschließlich der anliegenden normalen Hautteile aus der Haut zwischen den Schulterblättern entnommen und zur mikroskopischen Untersuchung präpariert.

Die hauptsächlichsten pathologischen Veränderungen bestanden aus einer ziemlich gut begrenzten zellulären Infiltration, die insbesondere auf die papillären und subpapillären Anteile des Korium lokalisiert waren; ein ausgesprochenes Ödem mit zarter Bläschenbildung in den subepidermalen Anteilen der Haut; deutliche vaskuläre Dilatation in diesem Bezirk mit granulärer Degeneration des kollagenen Gewebes; in den tieferen Schichten des Korium ödematöses Kollagen, verdickte Wände der Blutgefäße und Zeichen von Degeneration der Drüsenstruktur. In der Epidermis vorherrschend Ödem verschiedener Intensität.

Das Hornlager war dick und adhärent. Gekernte Hornzellen waren nur sehr wenige in diesem Lager nachweisbar und nur auf zwei oder drei anliegende Papillen beschränkt. Der Rest der epidermalen Decke wies kein Anzeichen von Parakeratosis auf. Das Stratum lucidum fehlte. Die Granularschicht war dünn und bestand größtenteils nur aus einem einzigen Zellager mit gut erhaltenen Zellkörper und Kernen. Das Stratum spinosum erschien in einzelnen Bezirken normal, in anderen mäßig verdickt. In den letzteren deutlich ausgesprochenes interzelluläres und intrazelluläres Ödem, die Kerne nach einer Seite verlagert und daselbst angehäuft oder vollständig von einer hellen Protoplasmazone umgeben, während die Interzellularräume erweitert von vorspringenden Stacheln überbrückt waren. In mehreren Bezirken fiel eine beginnende intraepidermale Bläschenbildung auf; der Inhalt der zarten Bläschen bestand aus zerstreut liegenden feinen Körnchen und Zelldetritus. Das basale Zellager variierte in seinem Aussehen an den verschiedenen Teilen des Schnittes außerordentlich; an einzelnen Partien boten die Palisadenzellen ein durchaus normales, scharf gegenüber dem Korium abgegrenztes Bild dar, an anderen zeigten dieselben eine völlige Desorganisation derart, daß die Grenzen zwischen Epidermis und Korium gänzlich verwischt waren.

Die Retezapfen waren abgeflacht und infolge der ödematösen Veränderung in dem

Digitized by Google

darunter befindlichen Korium auch verlagert. Hier und da waren einige mitotische Figuren sichtbar. Wanderzellen kamen in der Epidermis nicht zur Beobachtung, ebensowenig Pigmentkörnchen.

In der Pars papillaris machte sich ein Ödem des Papillarkörpers bemerkbar. Die Papillen waren abgeflacht und desorganisiert, die Spitzen verschoben von einem Netzwerk von Vakuolen und kleinen Bläschen, die jene von der darüberliegenden Epidermis trennten. Auf diese Weise war ein ödematöses Maschengewebe entstanden, welches die papillären und subpapillären Anteile des Koriums fast völlig einhüllte. Die Blut- und Lymphgefäße waren vermehrt und deutlich erweitert, die vaskuläre endotheliale Wandbekleidung deutlich geschwollen. Eine mäßige perivaskuläre Infiltration kleiner Rundzellen konnte in den Papillarkörpern nachgewiesen werden; in den tieferen Schichten war die Infiltration noch deutlicher ausgesprochen, die Zellen waren zahlreicher und dichter um die Gefäße und Lymphräume angehäuft; die Zellmassen traten auch, unabhängig von den Gefäßen, in längeren Reihen, aber auch in zerstreuten Haufen auf. Die Infiltration war an ihrer unteren Grenze im ganzen gut abgeschlossen. Die Elemente bestanden fast durchweg aus kleinen Rundzellen mit gutgefärbten Kernen, beziehungsweise aus einer kleinen Anzahl Fibroblasten. Plasmazellen und Mastzellen, ebenso wie Pigmentkörner wurden nicht beobachtet. Das kollagene Gewebe der Pars papillaris war degeneriert, zumeist ödematös und körnig aussehend. Der Schnitt enthielt einen Haarfollikel, der manschettenartig von infiltrierenden Zellen und einigen Fibroblasten umgeben war. Die Pars reticularis zeigte einen mäßigen Grad von Ödem, auch hier und da einen Bezirk granulärer Degeneration des Kollagen. Die Windungen, Arrektorenmuskel und Blutgefäße wiesen sämtlich Degenerationszeichen auf, die Gefäßwände waren deutlich verdickt. Das elastische Gewebe war vermindert und in dem oberen Korium zerfasert, weiter abwärts schien es erhalten zu sein.

Zusammenfassung.

Wie schon hervorgehoben, glich die Eruption bei diesem Kranken so sehr einem ausgebreiteten Lichen planus, daß eine Anzahl hervorragender Dermatologen, selbst nach sorgfältiger Prüfung zu der Überzeugung kamen, daß es sich tatsächlich um ein ungewöhnliches Beispiel jener Dermatose handelte. Die Lokalisation und Verteilung der Läsionen ihre Farbe, Konsistenz, die glänzende Oberfläche, die Konfiguration, die Anordnung teils in Gruppen, teils in Linien, in Verbindung mit dem Umstand, daß der Kranke über starkes Jucken an den befallenen Partien klagte, alle diese Faktoren gaben bei der Stellung der Diagnose den Ausschlag. Indessen wich das Krankheitsbild in gewissen Punkten von der typischen Form eines disseminierten Lichen planus ab. Die Papeln nämlich zeigten anstatt einer vorherrschend polygonalen, eine größtenteils ovale oder runde Form. Nablige Vertiefung wurde nur bei wenigen Läsionen bemerkt; die meisten zeigten eine glatte, glänzende Oberfläche ohne Spur von Dellenbildung; die zarten, weißlichen, festhaftenden lineären Schuppen — Wickhams striae —, die so charakteristisch für Lichen planus-Papeln sind, fehlten. Und endlich fehlten linguale und bukkale Schleimhautläsionen, ein Mangel, der bei einem so exstensiv verbreiteten Exanthem die Diagnose Lichen ruber zweifelhaft machen mußte. (In Werthers Fall allerdings war auch die Wangenschleimhaut mit ergriffen.)

Vom histologischen Standpunkt aus sind die Einzelheiten in der Struktur auf einen Blick von dem charakteristischen Bilde des Lichen planus zu unterscheiden und lassen, wenn man die klinischen Erscheinungen mit in Rechnung zieht, keine andere Deutung als auf ‚Parapsoriasis' zu. Es ist bekannt, daß die mikroskopischen Veränderungen

Digitized by Google

allein, die man bei dieser Gruppe von Krankheiten antrifft, keineswegs pathognomisch für dieselbe sind, wie etwa die Histopathologie des Lichen planus pathognomisch für diesen ist, sondern daß die der Parapsoriasis eigentümlichen Veränderungen auch bei vielen anderen Hautkrankheiten angetroffen werden. Zum mindesten spielen dieselben bei dem allgemeinen Krankheitsprozeß anderer Dermatosen eine Rolle. Wollte man die Diagnose ‚Parapsoriasis' auf den mikroskopischen Befund allein stützen, so wäre das, wie Arndt hervorhebt, ein ziemlich unsicheres Beginnen, bei dem man nicht vorsichtig genug sein könne. Stellt man aber den histologischen Daten die klinischen Symptome zur Seite und setzt beide in Beziehung zueinander, wie das in vorliegendem Falle geschehen ist, dann ist die Diagnose voll und ganz gerechtfertigt.

Literatur.

1. Unna, Santi und Pollitzer, Mh. f. pr. Derm., 1890, X. Nr. 9 u. 10. — 2. Jadassohn, Verhandl. d. deutsch. dermat. Gesellsch. IV. Kongr., Breslau 1894, S. 524. — 3. Jadassohn, Festschr. Kaposi, Arch. f. Derm., 1900, S. 880. — 4. Neisser, Verhandl. d. deutsch. dermat. Gesellsch., IV. Kongr. 1894, S. 495. — 5. Juliusberg, Arch. f. Derm., 1897, Bd. 41, S. 257. — 6. Pinkus, Arch. f. Derm., 1898, Bd. 44, S. 77. — 7. Rona, Arch. f. Derm., Bd. 46, S. 147. — 8. Brocq, Rev. gén. de clin. et de thérap., September, 1897, Nr. 37. — 9. Juliusberg, Arch. f. Derm., 1899, Bd. 1, S. 359. — 10. Crocker, Brit. J. of Derm., 1900, Bd. 12, S. 443. — 11. Fox and Mac Leod, Brit. J. of Derm., 1901, Bd. 13, S. 319. — 12. Török, Mraceks Handb. d. Hautkrankh. 1905. — 13. Brocq, Ann. de derm. et de syph., 1902, S. 443. — 14. Wise and Rosen, J. of cutan. dis., 1916, Bd. 34, S. 95. — 15. Crocker, Brit. J. of Derm., 1905, Bd. 17, S. 119. — 16. Civatte, Les parapsoriasis de Brocq, Paris, 1906. — 17. Milian u. Pinard, Bull. et mém. soc. méd. d. hôp. de Paris, 26. April 1907. — 18. Arndt, Arch. f. Derm., 1900, S, 7. — 19. Corlett and Schultz, J. of cutan. dis., Februar 1909, S. 49. — 20. White, J. C., J. of cutan. dis., 1900. Bd. 18, S. 536. — 21. White, C. J., J. of cutan. dis., 1903, Bd. 21, S. 153. — 22. Trimble, W. B., The Chronic Scaly Erythrodermias, J. Am. m. Assoc., 24. Juli 1909. S. 264. — 23. Sutton, Jour. Missouri State Med. Assn., Dezember 1913. — 24. Csillag, Arch. f. Derm., 1905, Bd. 76, S. 3. — 25 Klausner, Derm. W., 1913, Bd. 56. S. 469. — 26. Werther, Derm. Zschr., 1915, Bd. 22, S. 320. — 27. Heimann, J. of cutan. dis., 1916, Bd. 34, S. 203. — 28. Stokes, J. of cutan. dis., 1916, Bd. 34, S. 343. — 29. Wise, Fred, New York m. J., 20. Nov. 1915.

Pathologisch-anatomische Veränderungen des Zentralnervensystems bei akquirierter und kongenitaler Syphilis[1]).

Von

Dr. Friedrich Wohlwill in Hamburg.

Bei dem Problem der Pathogenese von Tabes, Paralyse und Hirn-Rückenmarkssyphilis muß man von der Tatsache ausgehen, daß schon im Sekundärstadium etwa 75% aller Fälle eine Mitaffektion des Zentralnervensystems, speziell der Meningen, aufweisen. Man muß annehmen, daß diese Meningealaffektion in einem Teil der Fälle zur endgültigen Abheilung gelangt, in dem andern noch nach Jahr und Tag zum Ausbruch jener

[1]) Nach einem am 15. X. 1918 im ärztlichen Verein zu Hamburg gehaltenen Vortrag.

Digitized by Google

verderbenbringenden Späterkrankungen des Nervensystems führt. Die Frage ist nun, welche Bedingungen hierfür maßgebend sind und wie der Zustand von Gehirn und Rückenmark in der Zwischenzeit zwischen der Sekundärperiode und jenen Späterkrankungen ist.

Wir wissen heute über diese Zusammenhänge noch sehr wenig. Es ist nicht einmal bekannt, ob Patienten mit besonders schwerer Beteiligung des Nervensystems im Sekundärstadium, d. h. also solche, bei denen die nervöse Erkrankung nicht nur durch Liquorveränderungen, sondern auch durch somatische, der klinischen Untersuchung zugängliche Symptome sich manifestiert, besonders prädisponiert sind zur späteren Erkrankung an Tabes, Paralyse usw. Ich habe in der letzten Zeit zwei Fälle beobachtet, in denen der Zusammenhang der Dinge ein dementsprechender war. Im ersten Falle, in dem der Zeitpunkt der Infektion nicht bekannt war, wurde schon im Alter von eben 20 Jahren totale Starre der pathologisch weiten linken Pupille festgestellt und antisyphilitisch behandelt. Der Patient war dann im wesentlichen völlig gesund, bis er vor einem halben Jahre im Alter von 54 Jahren an Tabes mit Arthropathie erkrankte. Im zweiten Falle war noch nicht ein halbes Jahr nach der Infektion eine rechtsseitige Hemiplegie aufgetreten, die bis auf geringe Reste ausheilte. Auch bei diesem Patienten ist vor einem halben Jahr, nachdem er in der 25 Jahre dauernden Zwischenzeit vollkommen gesund gewesen war, nunmehr eine Tabes aufgetreten.

Aber auch durch pathologisch-anatomische Untersuchungen kann man den hier aufgeworfenen Fragen näherzukommen suchen. Will man wissen, wie es im Gehirn und Rückenmark von Syphilitikern in der Zwischenzeit zwischen der Sekundärperiode und dem eventuellen Ausbruch syphilogener Nervenleiden aussieht, so muß man eine möglichst große Anzahl von Fällen anatomisch untersuchen, in denen intra vitam keinerlei Symptome von seiten des Nervensystems vorlagen, bei der Sektion sicher syphilitische Veränderungen an anderen Organen nachweisbar waren. Man weiß dann zwar auch nicht, ob im einzelnen Fall später Tabes, Paralyse oder Gehirnsyphilis aufgetreten sein würde, man verschafft sich aber doch einen Überblick darüber, ob, wie oft und in welcher Art etwa Veränderungen des Zentralnervensystems in solchen Fällen anzutreffen sind.

I. Ich habe in 42 Fällen von erworbener Syphilis des Erwachsenen derartige Untersuchungen vorgenommen und habe in 8 Fällen Veränderungen angetroffen, deren Zusammenhang mit der Syphilis als wahrscheinlich zu betrachten war. Es handelt sich dabei

1. um endarteriitische Prozesse an den kleinsten Gefäßen und Kapillaren mit geringen herdförmigen Degenerationsvorgängen am eigentlichen Nervenparenchym. Die Affektion entspricht der von Nissl und Alzheimer beschriebenen Endarteriitis kleiner Rindengefäße, tritt jedoch in diesem Falle ganz zirkumskript und in viel geringerer Ausdehnung auf.

2. wurden chronisch-entzündliche Veränderungen gefunden, und zwar Lymphozyten- und Plasmazelleninfiltrate in den Lymphscheiden der Gefäße und insbesondere in der weichen Hirnhaut. Besonders interessant war der Vergleich zwischen zwei Fällen, welche

Digitized by Google

beide derartige Infiltrate, insbesondere an der hinteren Zirkumferenz des Rückenmarks, aufwiesen, von denen der eine sich als Tabes herausstellte, der andere aber keinerlei Faserausfälle erkennen ließ. Auch in dem Tabesfall war der Faserausfall an den Hinterwurzelfasern sehr geringfügiger Art und auf das untere Brustmark beschränkt; gerade hier nun waren die meningealen Infiltrate am stärksten ausgesprochen und mit Veränderungen an den Endoneuralzellen der hinteren Wurzeln verbunden. Der Vergleich dieser beiden Fälle weist mit einigem Nachdruck auf die Bedeutung der meningitischen Vorgänge am Rückenmark für die Pathogenese der Tabes hin, wenn auch keineswegs etwa eine einfache Kompression der Hinterwurzelfasern durch die Exsudatmassen angenommen werden soll.

3. wurde in einem Falle ein kleines Granulom mit spezifischer Gefäßveränderung in der Umgebung gefunden, das ins Gebiet der miliaren Gummen gerechnet werden konnte.

II. Bei 21 Fällen von kongenitaler Syphilis waren Veränderungen sehr viel häufiger zu finden, und zwar in um so erheblicherem Maße, je jünger das Kind war. Entzündliche Vorgänge wurden nur in der allerersten Lebenszeit beobachtet, späterhin traten Wucherungsvorgänge an den normalen Elementen der Pia — insbesondere großen Rundzellen und Fibroblasten — in den Vordergrund. Auch dieser Befund wird bei zunehmendem Alter immer geringfügiger. Der Grund für diese Erscheinung ist wohl darin zu suchen, daß beim Tod im frühesten Lebensalter die Veränderungen an allen Organen, also auch am Zentralnervensystem, am stärksten ausgesprochen sind. Weniger ist an Ausheilungsvorgänge zu denken.

Endlich sind noch die Entwicklungshemmungen zu nennen, von denen insbesondere Persistenz vaskulärer und ventrikulärer Keimzentren erwähnt sei.

Es zeigt sich demnach, daß auch, wenn klinisch kein Symptom darauf hindeutet, das Gehirn und Rückenmark der Syphilitiker doch häufig bereits Sitz pathologischer Veränderungen ist. Die Vermutung, daß diese Prozesse das Bindeglied bilden zwischen den Affektionen des Nervensystems im Sekundärstadium und den nervösen Späterkrankungen, liegt nahe. Die Beobachtungen mahnen aufs neue, bei Syphilitikern stets das Zentralnervensystem im Auge zu behalten, wofür die Untersuchung des Lumbalpunktats ein, wenn auch nicht unfehlbares, so doch ziemlich sicheres Mittel bildet.

Fachzeitschriften.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

1916, Bd. 32.

1. Ein Fall von Arsenkeratose und vielfachen Hautepitheliomen, von A. Bobowitsch. Der beschriebene Fall wies eine diffuse Verdickung der Hornschicht, verbunden mit Bildung harter, warziger Auswüchse auf den Handflächen und Fußsohlen, auf. Außerdem fanden sich noch an verschiedenen Körperstellen oberflächliche Ulzerationen

Digitized by Google

und auf dem Nacken ein tiefes, kraterförmiges Geschwür mit nach außen gekehrten Rändern. Die Diagnose Epitheliomata war nicht schwierig. Für die Annahme des Arseniks als ursächliches Moment sprach einerseits das stellenweise Vorkommen von Epitheliomen auf Warzen, wie andererseits die Angabe des 53jährigen Kranken, daß sich die Warzen nach dreijährigem Gebrauch von Arsenik während seines 30—33jährigen Lebensalters entwickelt hätten.

2. Ein Fall von Syphilis der Haut vom Typus Boeck, von Msareulow. In dem beschriebenen Falle, welcher eine 47jährige Frau betraf, handelte es sich klinisch und histologisch um Sarkoide vom Typus Boeck, aber serologisch und therapeutisch, da dieselben unter Jod schwanden, um Syphilis Dementsprechend ist, nach Ansicht des Verfassers, der Sarkoidbegriff als ein Sammelbegriff aufzufassen und müssen drei Formen unterschieden werden, nämlich: 1. das Sarkoid tuberkulösen Ursprungs, 2. das Sarkoid syphilitischen Ursprungs und 3. das Sarkoid von unbekannter Ätiologie.

3. Ein einfacher Verband für Ulzera des äußeren Blattes der Vorhaut, von Bogrow.

4. Über Warzenbildung auf den Fußsohlen, von Tschastrow. Die gewöhnlichen Hautwarzen können auch auf den Fußsohlen vorkommen und zu einem sehr qualvollen Leiden werden, besonders wenn sie in großer Zahl vorkommen. Meist werden sie für Hühneraugen gehalten. Zu ihrer Entfernung empfiehlt sich die Anwendung der spanischen Fliege.

5. Über die venerischen Krankheiten unter der Bevölkerung Petersburgs nach den Berichten des Kalinkin- und Alafusowhospitals in Verbindung mit dem Kriege, von Prosskurjakow. Die Erkrankungen an Syphilis haben sowohl unter der weiblichen wie männlichen Bevölkerung Petersburgs seit dem Kriege zugenommen. Besonders gilt das für die nicht der Prostitution angehörenden Frauen.

6. Zur Anwendung des Ferreinschen Salvarsans, genannt Benzarsan, von Bogrow. Die an 15 Syphilitikern mit Benzarsan angestellten Versuche zeigten, daß dieses Präparat nicht toxisch, sondern therapeutisch günstig wirkt. Das Verschwinden der Roseola wurde nach Infusion von 0,3 Benzarsan in 6—9 Tagen, dasjenige der Papeln nach 10—14 Tagen beobachtet. Gummöse Geschwüre beginnen sich nach vier Tagen zu reinigen und in einem Monat zu verheilen.

7. Ein Fall von blennorrhoischer Keratosis der Haut und der Schleimhaut des Mundes, von Bogrow. Bei einem 23jährigen Manne entwickelte sich zwei Jahre nach einem akuten Tripper, der durch Arthritis und Konjunktivitis kompliziert wurde, ohne besondere Ursachen und ohne entzündliche Erscheinungen seitens des Harnkanals eine Arthritis des rechten Fußgelenks und einiger Phalangealgelenke der Hände. Zu derselben Zeit kam es auf den Fußsohlen zur Bildung von Verhornungen, zu atrophischen Veränderungen der Nägel des rechten Fußes und der rechten Hand und zu gruppenförmig angeordneten Bläschen auf der Schleimhaut des Mundes und des Zahnfleisches. Obgleich keine Gonokokken nachgewiesen werden konnten, mußte der Fall als ein blennorrhoischer angesehen werden. Auf Grund dieser Beobachtung, wie den Angaben der Literatur, kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: 1. Die sogenannten blennorrhoischen Keratosen gehören zur Gruppe der exsudativ-entzündlichen Ausschläge (Erytheme) und wurden von parakeratotischen Veränderungen der Hornschicht sekundärer Natur begleitet. In Ausnahmefällen kommt es zu einer Mitaffektion der Mundschleimhaut. 2. Die Keratosen können sich sowohl beim akuten wie chronischen Tripper, wie auch nach Schwund der Gonokokken entwickeln, jedoch unter der Bedingung des Auftretens von Symptomen allgemeiner Infektion. 3. Am wahrscheinlichsten ist ein metastatischer Ursprung der blennorrhoischen Keratosen. 4. Die Fälle von sogenannten blennorrhoischen Keratosen ohne Gonokokken im Kanal können atypisch verlaufen und stehen dann den Arthropathien der Psoriasis nahe. 5. Die besten therapeutischen Erfolge erzielt man durch eine kombinierte Behandlung mit Vakzine und lokale Behandlung des Kanals, wie der Gelenke. A. Jordan-Moskau.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

21. Dezember 1918 | Nr. 51 | Band 67

Neoichthargan.

Von

P. G. Unna.

Seite
1. Der Stammbaum des Neoichthargans 847
2. Die reduzierenden und oxydierenden Eigenschaften der Ichthyolderivate . 850
3. Zur Praxis des Neoichthargans 855

1. Der Stammbaum des Neoichthargans.

Das Ichthargan hat sich mit seinen prächtigen ekzem- und gonorrhoeheilenden Eigenschaften seit vielen Jahren in die Praxis eingeführt. Es dürfte kaum allgemeiner bekannt geworden sein, daß es schon einen Vorgänger besaß, dessen Wirkungen weniger stark und in die Augen fallend sind und der — als unlösliches Produkt von Silbersalz und Ichthyol — es nur in der Dermatologie zu einem bescheidenen Wirkungskreise zu bringen wußte. Vor einer Reihe von Jahren habe ich es aus seiner Vergessenheit hervorgezogen, um es dem Ichthargan in solchen Fällen zu substituieren, wo eine starke Ichtharganwirkung unnötig und andererseits die Silberschwärzung der Haut unerwünscht war, z. B. bei Kinderekzemen und bei Gesichtsekzemen Erwachsener.

Wenn ich es jetzt den Fachkollegen näherbringe, geschieht es nicht bloß im Hinblick auf die Praxis und ihre vielseitigen Bedürfnisse, sondern auch aus theoretischen Gründen. Denn wir haben neuerdings in unseren einfachen Hautreagentien auf Oxydation und Reduktion zugleich die Schlüssel gefunden, um die Wirkung unserer Heilmittel in diesen wesentlichen Richtungen zu erforschen. Ja, wir können sogar mit Hilfe derselben den Werdegang eines solchen Heilmittels, vom Rohstoffe beginnend bis zum fertigen Medikament verfolgen und damit seine Anwendung auf einer sichereren und klareren Grundlage als früher aufbauen.

Die ursprüngliche Form des Ichthyols war nicht die jetzt fast allein gebräuchliche des Ammoniumsalzes, sondern die des Natriumsalzes, des ichthyolsulfosauren Natriums. Behandelt man dieses mit salpetersaurem Silber, so entsteht nicht Ichthargan, sondern es fällt ein wasserunlösliches Salz aus, welchem ich bei seiner Wiederaufnahme in die Praxis zum Unterschiede von Ichthargan den vorläufigen Namen: Neoichthargan gab. In Ermangelung einer präziseren Bezeichnung ist ihm dieser vorläufige Name in den Jahren seiner bisherigen Anwendung geblieben und möge daher auch jetzt seine definitive Einführung begleiten. Die Namen unserer modernen Medikamente sind ja doch immer unwesentlicher und wesenloser geworden.

Im folgenden gebe ich nun in Tabelle I einen Stammbaum der hier in Betracht kommenden Ichthyolprodukte, ausgehend von dem Seefelder

Digitized by Google

Rohstoff, wie er von der Ichthyolgesellschaft Cordes, Hermanni & Co. bergmännisch gewonnen wird, dem Ichthyol-Rohöl (1).

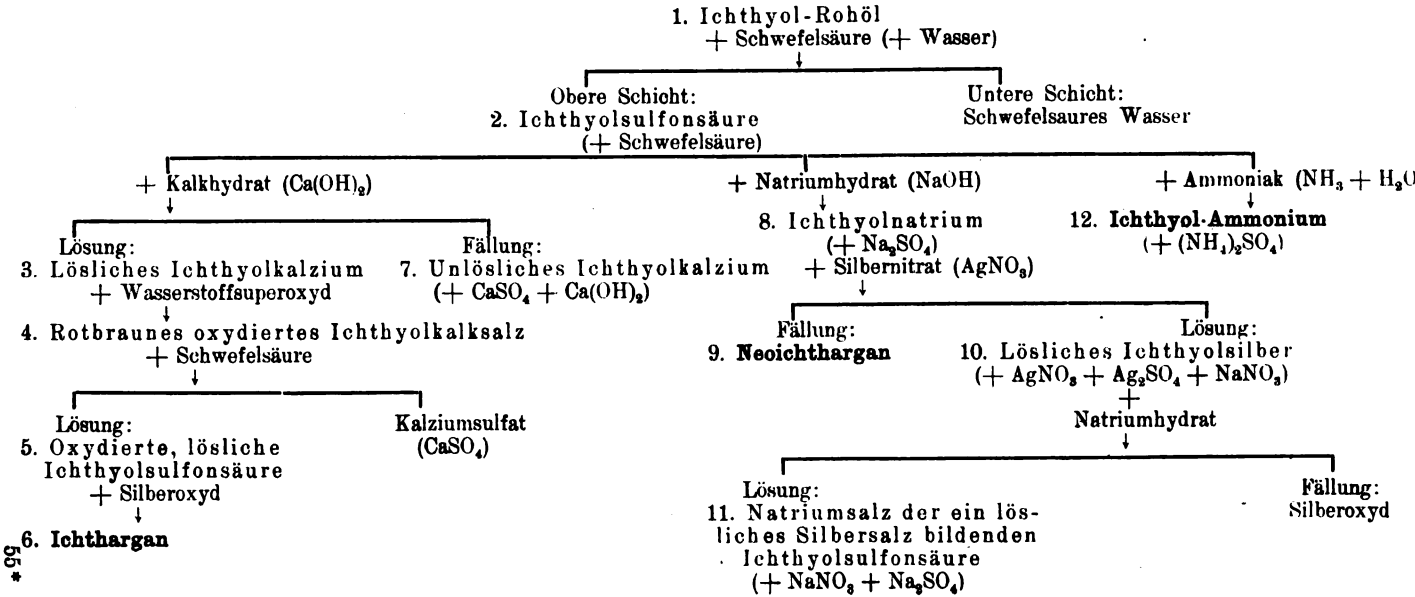
Dieses durch Ausschmelzen gewonnene, scharf und widerlich nach Thiophen riechende Mineralöl wurde in Tirol von altersher gegen Räude und andere Hautkrankheiten der Tiere volkstümlich benutzt. Der Hamburger Rudolf Schröter, der Entdecker des Ichthyols, hatte den guten Gedanken, dieses für die menschliche Praxis ganz ungeeignete Naturprodukt mit konzentrierter Schwefelsäure zu behandeln, wobei es sich in zwei Schichten trennt. Auf dem schwefelsauren Wasser schwimmt die abgeschiedene und wesentlich reinere, aber noch etwas Schwefelsäure enthaltende Ichthyolsulfonsäure (2), das erste und wichtigste Kunstprodukt. Es muß mit starkem Alkali neutralisiert werden, und danach haben wir ein Kalk-, ein Natrium- und ein Ammoniumprodukt zu unterscheiden. Letzteres (12) stellt allein das heutzutage als Ichthyol bezeichnete Handelsprodukt dar, vom Kalksalz leitet sich das Ichthargan (6) ab, vom Natriumsalz das Neoichthargan (9).

Betrachten wir zunächst den Kalzium-Ast für sich. Die Ichthyolsulfonsäure ist kein einheitlicher Körper, sondern besteht aus einer Reihe von Säuren, die sich unter anderem auch durch die verschiedene Löslichkeit ihrer Salze unterscheiden. Mit Metallen und Erdalkalien gibt ein Teil der Säuren lösliche, ein anderer unlösliche Salze. Beim Zusatz von Kalkhydrat scheidet sich daher die Schwefelsäure enthaltende Lösung von Ichthyolsulfonsäure wiederum in ein lösliches und ein unlösliches Ichthyolkalziumsalz (7). Dieses letztere, mit Gips und Kalk verunreinigt, kommt für die Praxis bis jetzt nicht in Betracht. Das lösliche Ichthyolkalzium (3) stellt dagegen die Muttersubstanz des Ichthargans (6) dar. Für seine Herstellung ist in erster Linie zu berücksichtigen, daß alle Ichthyolsulfonsäuren stark reduzierende Körper sind. Daher sind ihre wasserlöslichen Silbersalze unbeständig, indem der Säureanteil dieser Salze sehr bald das mit ihnen verbundene Silberoxyd reduziert und das Silbermetall zur Abscheidung bringt. Will man daher Silbersalze herstellen, die in wäßriger Lösung beständig sind, so muß man vorher den Säurekomplex oxydieren. Das geschieht mit Wasserstoffsuperoxyd. Aus dem Ichthyolkalzium entsteht dadurch das rotbraune, oxydierte und ebenfalls lösliche Ichthyolkalksalz (4). Aus diesem wird nun erst durch Schwefelsäure unter Abscheidung von Kalziumsulfat die allein brauchbare, oxydierte Ichthyolsulfonsäure (5) gewonnen, welche, mit Silberoxyd zusammengebracht, das haltbare Ichthyolsilbersalz: Ichthargan (6) gibt.

Gehen wir nun zum zweiten Ast des Stammbaums über, dem Ichthyolnatrium (8). Dieses war die Substanz, die mir ursprünglich von Herrn Schröter zu Versuchen am Menschen überlassen wurde. Ungereinigt enthält ihre Lösung von der Herstellung her noch Natriumsulfat. Wird dieselbe mit Silbernitrat versetzt, so erhält man ein Gemisch von löslichem, leicht zersetzlichem Ichthyolsilber neben Silbernitrat, Silbersulfat und Natriumnitrat (10). Dasselbe eignet sich nicht gut zur Reindarstellung des löslichen Ichthyolsilbers, weshalb man aus ihm durch Zusatz von Natriumhydrat nur Silberoxyd wiedergewinnt neben einer Mischung von ichthyolsulfonsaurem Natron, Natriumnitrat und Natriumsulfat (11). Beim Zusatz von überschüssigem Silbernitrat ist aber neben dem löslichen Ichthyol-

Digitized by Google

Tabelle I.



Digitized by Google

silbergemisch (10) ein Niederschlag von unlöslichem Ichthyolsilber, eben das Neoichthargan (9) entstanden. Dasselbe ist freilich wasserunlöslich, dafür aber ein reines und haltbares Silberprodukt des Ichthyols. Der so gewonnene Niederschlag von Neoichthargan stellt eine ziemlich feste, noch etwa 40% Wasser haltige Paste dar, welche sich besser als das natürlich daraus ebenfalls, aber auf einem Umwege zu gewinnende Trockenpräparat zur Herstellung wirksamer Salben von Neoichthargan eignet. Man braucht es nur direkt mit leicht Wasser aufnehmenden Wollfetten zu vermischen. Ich schlage daher die Einführung eines fabrikatorisch erzeugten, fertigen, wasserhaltigen Unguentum Neoichthargani[1]) vor.

2. Die reduzierenden und oxydierenden Eigenschaften der Ichthyolderivate.

In einem Vortrage über Ichthyol auf der Braunschweiger Naturforscherversammlung (1897)[2]) konnte ich zeigen, daß die damals bekannten Ichthyolderivate (Ichthyolnatrium, Ichthyolammonium, Ichthyolsulfonsäure) sämtlich starke Reduktionsmittel darstellen. Es gelang dies mit vier Reagentien zu beweisen: Fehlings Lösung, ammoniakalischer Silberlösung, Kalipermanganat und einer Folge von Eisenchlorid und rotem Blutlaugensalz, von denen letztere zur Entstehung von Turnbulls Blau führte. Inzwischen ist beim Studium der Hautreaktionen noch ein Reagens auf Reduktion hinzugekommen, welches ebenfalls die letzgenannten Stoffe Eisenchlorid und Ferrisalz, aber nicht nacheinander, sondern gleichzeitig, also in der bequemeren Form einer Mischung benutzt, und außerdem als neues und wichtiges Reagens: das Rogalitweiß zum Nachweis von Oxydation[3]).

In der nebenstehenden Tabelle II ist das Ergebnis der Prüfung des Ausgangsproduktes sowie aller Übergangs- und Endprodukte zusammengestellt, wie sie in der Tabelle I in Form eines Stammbaumes der Ichthyolprodukte übersichtlich vorgeführt wurden.

Die Zahlen 1 bis 12 bezeichnen in beiden Tabellen dieselben Stoffe. Die ersten fünf Rubriken der Tabelle II, a bis e, geben das Ergebnis der Prüfungen auf Reduktionsvermögen an, die letzte Rubrik (f) allein das auf Oxydationsvermögen. Ein Vergleich der ersten fünf Rubriken zeigt auf den ersten Blick, daß die Fehlingsche Lösung für unseren Zweck am wenigsten geeignet ist. Eine positive Reaktion zeigen hier nur in eben merklichem Grade: Ichthyolsulfonsäure, Ichthyolnatrium und Ichthyolammonium (2, 8, 12), welche mit den anderen Reagentien auf Reduktion deutliche (+) und starke (++) positive Wirkungen zeigen. Überall sonst ist die Reaktion mit Fehlings Lösung negativ (0). Bei Ichthargan (6) und löslichem Ichthyolsilber (10) wird durch die Natronlauge der Fehlingschen Lösung Silberoxyd gefällt und dadurch eine eventuelle rote $Cu_2(OH)_2$-Abscheidung unkenntlich. Viel deutlicher ist

[1]) Wie ich höre, kann die Ichthyolgesellschaft nach dem Kriege die Herstellung des Ung. Neoichthargani mit 2% Neoichthargan wieder aufnehmen. — [2]) Unna, Über Ichthyol. Mh. f. pr. Derm., 1897, Bd. 25, S. 533. — [3]) Unna und Golodetz, Zur Chemie der Haut. VI. Hautreagentien. Mh. f. pr. Derm., 1910, Bd. 50. S. 451.

Digitized by Google

Tabelle II.

Reagentien auf Reduktion und Oxydation	a Fehlingsche Lösung	b Eisenchlorid und Kaliumferrizyanid	c Ammoniakalische Silberlösung	d Kaliumpermanganat	e Eisenzyan	f Rongalitweiß
1. Ichthyol-Rohöl	0	+	+	+	+	0
2. Ichthyolsulfonsäure	merklich +	+	+	++	++	0
3. Lösliches Ichthyolkalzium . . .	0	+	+	++	++	0
4. Lösl., oxydiertes Ichthyolkalzium .	0	+	+	+	+	+
5. Sulfonsäuren des löslichen, oxydierten Ichthyolkalziums . . .	0	+	+	+	+	+
6. Ichthargan	0	+	+	+	+	++
7. Unlösliches Ichthyolkalzium . .	0	+	+	+	+	0
8. Ichthyol-Natrium	merklich +	+	+	+	+	0
9. Neoichthargan	0	+	+	+	+	0
10. Lösliches Ichthyolsilber	0	+	+	+	+	++
11. Natriumsalz der ein lösliches Silbersalz bildenden Ichthyolsulfonsäure	0	+	+	++	++	0
12. Ichthyol-Ammonium	merklich +	+	+	++	++	0

die positive Reaktion bei der Prüfung mit einer Folge von Eisenchlorid und rotem Blutlaugensalz (Rubrik b) und mit ammoniakalischer Silberlösung (Rubrik a). Hierbei ist zu bemerken, daß von dem unlöslichen Ichthyolkalzium sowie dem ebenfalls wasserunlöslichen Neoichthargan sehr wohl eine positive Reaktion zu erhalten ist. Man muß nur nach dem Vorgange von Runge[1]) die Chloroformlösungen der Ichthyolpräparate dazu benutzen, indem man diese mit den wäßrigen Lösungen der Reduktionsreagentien schüttelt und die Verfärbungen letzterer beobachtet. Bei der Prüfung dieser unlöslichen Verbindungen mit Silberlösung (Rubrik c) ist allerdings das Erkennen des reduzierten Silbers in der braungefärbten Flüssigkeit schwierig. Bei der Prüfung der löslichen Silbersalze (6 und 10) auf Reduktion erübrigt sich natürlich der Zusatz der ammoniakalischen Silberlösung; sie wird hier einfach ersetzt durch etwas Natronlauge und Ammoniak. Auch hier (Rubrik c) ist bei sämtlichen Ichthyolprodukten (1—12) eine deutliche Reduktionswirkung zu erkennen. Bei Anstellung der Versuche mit Kalipermanganatlösung (Rubrik d) ist der Zusatz von Schwefelsäure ratsam, um die oft störend wirkende Abscheidung von

[1]) Unna, Über Ichthyol. Mh. f. pr. Derm., 1897, Bd. 25, S. 533.

Digitized by Google

MnO_2 zu vermeiden. Noch stärkere positive Ausschläge gibt das Kalipermanganat (Rubrik d). Hier treten vier sehr starke Reduktionseffekte (++) auf, und zwar bei der Ichthyolsulfonsäure (2), dem löslichen Ichthyolkalzium (3), dem Natriumsalz der löslichen Ichthyolsulfonsäure (11) und dem Ichthyolammonium (12). Auf derselben Höhe starker Reduktionsausschläge steht die neue Eisenzyanreaktion (Rubrik e)[1]. Diese hat den Vorteil, daß die Prüfung mit einer Operation vollendet ist.

Von allen fünf Reaktionen auf das Reduktionsvermögen der Ichthyolprodukte ist mithin diejenige mit der Eisenzyanmischung (Rubrik e) die einfachste, und es empfiehlt sich daher, speziell diese mit der folgenden, der einzigen Reaktion auf Oxydationsvermögen (Rubrik f) Stufe für Stufe zu vergleichen. Gehen wir daher die beiden Rubriken e (Eisenzyan) und f (Rongalitweiß) von oben nach unten vergleichend durch. Da finden wir schon beim Rohöl den Unterschied, daß es die Eisenzyanmischung reduziert (+), aber Rongalitweiß nicht oxydiert (0). Diese Differenz verstärkt sich noch bei der Ichthyolsulfonsäure (2) und dem löslichen Ichthyolkalzium (3), welche ebenfalls Rongalitweiß nicht zu bläuen vermögen, aber die Eisenzyanmischung kräftig reduzieren (++), vermutlich deshalb so viel stärker als das Rohöl, weil sie wasserlöslicher sind. Soweit, von 1 bis 3, haben wir es mit einheitlich wirkenden Stoffen zu tun, die stark reduzieren und gar nicht oxydieren. Von nun an beginnen die Produkte ein doppeltes Angesicht zu zeigen; die nächsten drei reduzieren die Eisenzyanmischung (+) und oxydieren Rongalitweiß (+), weil sie (4 und 5) mit H_2O_2 oxydiert sind und 6 noch mehr (++), weil noch außerdem das stets oxydierende Silberoxyd in seinen Komplex eingetreten ist. Ich habe schon bei früherer Gelegenheit[2] betont, daß die besonderen Vorzüge des Ichthargans als Silbermittel auf diesem seinem Januskopf beruhen.

Wenden wir uns nun zum zweiten Aste, dem Natriumaste. Wir finden hier, was zu erwarten war, das Ichthyolnatrium (8) als nur reduzierende, nicht oxydierende Substanz, da ja hier keine intermediäre Oxydation mit H_2O_2 stattgefunden hat. Auffallend könnte es aber erscheinen, daß das durch Fällung mit Silberoxyd daraus abgeleitete Neoichthargan ebenfalls nur reduziert und nicht — wie Ichthargan — daneben auch oxydiert. Die Reduktion des Eisenzyanreagens weist man am besten nach, indem man das wasserunlösliche Neoichthargan mit wenig Chloroform zu einer Emulsion verreibt und dann mit dem Eisenzyanreagens schüttelt; dabei färbt sich die Lösung blau. In ähnlicher Weise kann man auch mit dem Kalipermanganatreagens verfahren. Die violette Färbung verschwindet bei stärkerem Zusatz der Neoichtharganemulsion. Behandelt man aber mit derselben in analoger Weise Rongalitweiß, so bleibt die Blaufärbung aus; Neoichthargan ist also im Gegensatz zum Ichthargan kein oxydierendes Heilmittel. Der Einwand, daß Neoichthargan nur deshalb das Rongalitweiß nicht bläue, weil es unlöslich sei, ist belanglos, da es ja auf die die Reduktion an-

[1] Unna und Golodetz, Zur Chemie der Haut. IV. Über Eisenreaktionen der Hautelemente und über chemische Differenzen unter den Hornzellen. Mh. f. pr. Derm., 1909. Bd. 49. — [2] Unna, Die Anwendung des Ichthargans in der Dermatologie. M. Kl., 1913, Nr. 30 u. 31.

Digitized by Google

zeigenden Reagentien Eisenzyanmischung und Kalipermanganat sehr wohl einwirkt.

Dieser bedeutungsvolle Unterschied zwischen Ichthargan und Neoichthargan besteht also zweifellos, und er ist auch ganz gut erklärbar, nämlich aus dem verschiedenen Gehalt beider Substanzen an Silber einerseits, an Sulfidschwefel andrerseits.

	Ichthargan		Neoichthargan	
Silber	**30** %		**12,5** %	
Gesamtschwefel	15 %		15,0 %	
Sulfonschwefel (oxydierter Schwefel)	9 %	3 : 2	3,7 %	1 : 3
Sulfidschwefel (nicht oxydierter Schwefel) . . .	**6** %		**11,3** %	

Während der Gesamtschwefel bei beiden Substanzen gleich ist — 15 % —, enthält Ichthargan 30 % Silber, Neoichthargan nur 12,5 %, also weniger als die Hälfte. Der Silbergehalt ist in beiden Substanzen der oxydierende Anteil; mithin würde Neoichthargan auch etwas oxydieren, wenn in ihm nicht gleichzeitig der reduzierende Anteil bei weitem überwiegen würde. Es liegt nahe anzunehmen, daß dieser im Schwefel liegt, soweit er in Sulfidform gebunden ist; denn daß der Schwefel, soweit er als Sulfon in beiden Ichthargänen oxydiert vorkommt, zur Reduktionskraft nichts beitragen kann, ist wohl selbstverständlich. Der Sulfidschwefel überwiegt aber im Neoichthargan bedeutend; beträgt er im Ichthargan nur **2** : 3 Sulfonschwefel, so ist das Verhältnis im Neoichthargan 3 : 1 oder wie **9** : 3. Das letztere enthält also ($^9/_2$ =) 4 $^1/_2$ mal mehr Sulfidschwefel relativ zum Sulfonschwefel als das Ichthargan.

Ist nun dieser hohe Gehalt an Sulfidschwefel der wahre und einzige Grund, daß das Neoichthargan keine Oxydationswirkung ausübt? Die Tabelle III [1]) (s. S. 854) verschiedener organischer Körper, die sich von Kohlenwasserstoffen ableiten, gibt auf diese Frage Antwort.

Die Salze wurden in wäßriger Lösung verwandt, die übrigen Substanzen in 5 %iger Chloroformlösung.

a) Rongalitweiß in zehnfacher Verdünnung.
++ bedeutet: sofort blau.
0 bedeutet: nach einer Viertelstunde noch farblos.

b) Eisenzyan in 1 %iger Lösung.
++ bedeutet: sofort blau.
0 bedeutet: nach zehn Minuten noch nicht blau.

c) Permanganat in 0,1 %iger Lösung.
++ bedeutet: sofort braun.
0 bedeutet: nach einer Stunde noch rot.

Die einfachen Kohlenwasserstoffe (Gruppe a) reduzieren und oxydieren nicht. Von den Sauerstoffverbindungen (Gruppe b) verhalten sich Phenol und Benzylalkohol paradox, indem sie sowohl oxydieren wie reduzieren. Es ist das eine sehr bemerkenswerte Tatsache, die bereits bekannt und zu einer Theorie des Karbolzusatzes zu Farblösungen

[1]) Ich verdanke dieselbe der Güte von Herrn Dr. Helmers.

Digitized by Google

Tabelle III.

		Rongalitweiß	Eisenzyan-Reagens	Permanganat
	Gruppe a. Kohlenwasserstoffe			
C_6H_6	Benzol	0	0	0
$C_6H_5—C_6H_5$	Diphenyl	0	0	0
$C_6H_5CH_3$	Toluol	0	0	0
$C_6H_4(CH_3)_2$	Xylol	0	0	0
	Gruppe b. Verbindungen mit Sauerstoff			
C_6H_5OH	Phenol	++	++	++
$C_6H_5—C_6H_5—O—C_6H_5$	Phenyläther	0	+	++
$C_6H_5—CO—C_6H_5$	Benzophenon	+	0	0
$C_6H_5—CH_2OH$	Benzylalkohol	++	+	++
	Gruppe c. Verbindungen mit oxydiertem Schwefel			
$C_6H_5SO_3Na$	benzolsulfonsaures Natrium	0	0	0
$C_6H_4(CH_3)SO_3K$	p-toluolsulfonsaures Kalzium	0	0	0
$C_6H_4(SO_3Na)_2$	p-benzoldisulfonsaures Natrium	0	0	0
$C_6H_5SO_2C_6H_5$	Sulfobenzid	0	0	0
	Gruppe d. Verbindungen mit unoxydiertem Schwefel			
C_4H_4S	Thiophen	0	+, 0	+
$C_6H_5—S—C_6H_5$	Phenylsulfid	0	+	+, 0
$C_6H_5CH_2SH$	Benzylmerkaptan	0	++	++
$S—CH_2CH(NH_2)COOH$ $S—CH_2CH(NH_2)COOH$	Zystin	0	+	++

verwandt ist[1]). Phenyläther mit offenbar sehr fester Bindung des Sauerstoffs reduziert, aber oxydiert nicht. Benzophenon, welches (an Stelle von O) CO enthält, oxydiert, aber reduziert nicht. Die Sauerstoffabgabe und -aufnahme wechselt also bei den Sauerstoffverbindungen stark, je nach der Konstitution der Körper.

Die Verbindungen mit oxydiertem Schwefel (Gruppe c) verhalten sich ebenso indifferent wie die einfachen Kohlenwasserstoffe; sie oxydieren nicht und reduzieren nicht.

Die in der Tabelle zusammengestellten Sulfidverbindungen (Verbindungen mit unoxydiertem Schwefel, Gruppe d) sind dagegen alle und zum Teil sogar stark reduzierende Körper, welche alle gar nicht oxydieren. Hiernach scheint es allerdings, als ob die Reduktionskraft bei den Ichtharganen lediglich an den Gehalt von Sulfidschwefel geknüpft ist. Betrachten wir die Tabelle aber etwas genauer, so sehen wir durch Vergleichung von Phenylsulfid ($C_6H_5—S—C_6H_5$) mit dem Phenyläther ($C_6H_5—O—C_6H_5$) der zweiten Gruppe, welche beide nicht oxydieren und nur reduzieren, daß hier der Schwefel, ohne die besagten Eigenschaften zu ändern[2]), durch Sauerstoff ersetzt wird, so daß beim Phenylsulfid die Reduktionskraft jedenfalls nicht allein auf den Schwefel zurückgeführt werden kann.

[1]) Siehe Unna und Golodetz, Die Bedeutung des Sauerstoffs in der Färberei. Derm. Studien, Bd. 22, S. 92. — [2]) Auf Permanganat wirkt sogar der O-haltige Phenyläther stärker reduzierend als das S-haltige Phenylsulfid.

Digitized by Google

Derselbe Schluß resultiert aus einer Vergleichung des Benzylmerkaptans ($C_6H_5—CH_2—SH$) mit dem Benzylalkohol ($C_6H_5—CH_2—OH$) der zweiten Gruppe. Denn obwohl in letzterem der Schwefel durch Sauerstoff ersetzt ist, reduziert er stark, oxydiert allerdings auch stark, was der Benzylmerkaptan nicht tut.

Also hängt jedenfalls in einigen Sulfiden, wie Phenylsulfid und Merkaptan (Benzylhydrosulfid), die Reduktionswirkung nicht allein vom Sulfidschwefel ab. Diese Sulfide haben also vor den entsprechenden O-Verbindungen an Reduktionskraft nichts voraus, und wir haben den obigen Satz, daß die Differenz zwischen Ichthargan und Neoichthargan (außer von der des Silbergehalts) von dem starken Überwiegen des Sulfidschwefels im Neoichthargan herrührt, vorsichtigerweise so zu fassen, daß wir sagen: Je mehr Schwefel in den schwefelhaltigen Kohlenwasserstoffverbindungen die neutrale Form des oxydierten Sulfonschwefels angenommen hat, um so weniger tritt das sichere Reduktionsvermögen des unoxydierten Sulfidrestes dem etwaigen Oxydationsvermögen darin enthaltener anderer Kerne (hier des Silbers) entgegen.

3. Zur Praxis des Neoichthargans.

Der etwas weit ausgesponnenen theoretischen Einleitung gegenüber kann ich die praktischen Eigenschaften und Vorzüge des Neoichthargans in einigen Sätzen kurz zusammenfassen. Ich habe bis jetzt nur von einem zweiprozentigen Ung. Neoichthargani Gebrauch gemacht da es seiner ganzen Natur nach zu einer äußerst milden Ekzembehandlung bestimmt ist.

1. Die besonders milde Wirkung erklärt sich aus der Natur des Neoichthargans als eines bloß reduzierenden Mittels, welches nicht wie das der ebenfalls reduzierenden Phenole (Resorzin, Pyrogallol) das Zelleneiweiß angreift, die Oberhaut schichtweise schält und dadurch in die Tiefe dringt. Die gesamte Reduktionswirkung des Neoichthargans ist das Resultat einer Summe von widerstreitenden und sich teilweise aufhebenden Faktoren, in welcher die reduzierende Kraft überwiegt. Der Sulfidschwefel siegt über die Silberkomponente.

2. Trotzdem besitzt auch das Silber in diesem Komplexe eine eigene Wirkung und sogar ungeachtet derselbe hier keine wasserlösliche Verbindung darstellt. Es ist eine durch uralte Erfahrung feststehende Tatsache, daß auf die Oberhaut auch solche Stoffe wirken, welche nur in Fetten löslich, ja nur mit Fetten mischbar sind. Die Haut ist eben selbst eine Fabrik von Fetten und Lipoiden (Ölsäure, Stearinsäure, Cholesterin, Lezithin), welche in der Hornschicht innig mit Eiweißprodukten (Aminosäuren und Albumosen) gemischt vorkommen. Eine therapeutische Wirkung ist immer dann zu erwarten, wenn das Medikament gemischt mit Fetten in den obersten Hornzellen die Elemente antrifft, auf die es wirken soll, seien es Körperzellen oder Parasiten.

3. Es ist weiter eine bekannte Tatsache, daß das Silber nicht bloß in wasserlöslichen Verbindungen, sondern auch schon als Metall desinfizierende und gewebsverbessernde Wirkungen ausübt. Der einfachste

Digitized by Google

Beweis hierfür ist die jedem Chirurgen bekannte, rasche und gute Wirkung von Silberfolie auf schlecht heilende und infizierte Geschwüre. Es kommt auch hier nur darauf an, daß das Silbermetall in nahe Berührung mit den zu beeinflussenden Elementen kommt, so daß eine Wechselwirkung beider eintreten kann.

4. So erkläre ich mir die bereits durch viele Jahre erprobte gute Wirkung des Ung. Neoichthargani auf Ekzeme. Da es sich um eine Fettsalbe handelt, ist dieses Medikament vor allem bei trockenen Ekzemen indiziert, insbesondere bei pityriasiformen Ekzemen, wo sonst Schwefel und Resorzin indiziert sind, diese aber nicht vertragen werden.

Sodann bei krustösen Ekzemen des Kopfes und der Extremitäten, sowie bei allen nässenden Ekzemen im Stadium der beginnenden Abheilung, nachdem eine Trockenlegung z. B. durch Ichtharganpuder, Zinkschwefelpaste, die bekannten zinkoxydhaltigen Schüttelmixturen oder andere Trockenmittel voraufgegangen.

Es bildet also eine sehr empfehlenswerte Schlußbehandlung des Ekzems, eine langsame aber sichere Behandlung der letzten Ekzemreste.

5. Ganz besonders paßt weiter das Ung. Neoichthargani für die viel behandelten, teilweise geheilten, aber an Prädilektionsstellen, z. B. Ellenbeuge, Kniebeuge, immer wieder rezidivierenden Ekzeme, wo die Oberhaut eine kallöse Beschaffenheit angenommen hat, die Haut rauh, trocken und beständig leicht juckend ist. Hier wie bei allen kallösen Ekzemen muß das Waschen streng vermieden und immer nur die Salbe bis zur Heilung auf- und abgewischt werden.

6. Diejenigen Kollegen, welche gewohnt sind, bei Ekzemen häufig die weiße Präzipitatsalbe anzuwenden, werden immer dann mit demselben Erfolg zum Ung. Neoichthargani greifen, wenn aus irgend welchem Grunde der weiße Präzipitat kontraindiziert ist, z. B. bei beginnender Stomatitis mercurialis; denn das Neoichthargan hat keine solche Nebenwirkungen.

Übrigens ist das Ung. Neoichthargani ein genaues Gegenstück zur weißen Präzipitatsalbe. Denn auch diese enthält ein wasserunlösliches Metallsalz, welches wegen seines NH_2-Gehaltes (NH_2HgCl) reduziert und in welchem das reduzierende Amid des Quecksilbers über den geringen Chlorgehalt siegt. Man kann dieses leicht nachweisen. Wenn man einer violetten Lösung von Kali hypermanganicum etwas weißen Präzipitat zusetzt, wird sie mißfarbig bräunlich trotz der geringen Löslichkeit des Salzes. Im Gegensatz dazu verändert ein Zusatz des doppelt chlorierten Sublimates trotz seiner großen Löslichkeit die Farbe der Permanganatlösung gar nicht.

7. Die Unschädlichkeit und doch nachhaltige Wirkung des Ung. Neoichthargani macht es in hohem Grade geeignet für alle trocknen Kinderekzeme, vor allem dort, wo eine technische Pflege derselben erschwert ist, wie in den Polikliniken. Auch in der ambulatorischen Ekzempraxis der Erwachsenen hat es sich bewährt, besonders für die nächtliche Behandlung trockener Ekzeme des Gesichtes und behaarten Kopfes, des Bartes und der Schleimhauteingänge.

8. Die Indifferenz in chemischer Beziehung macht das Ung. Neoichthargani endlich auch sehr geeignet, andere bewährte Ekzemmittel in Mischungen zu verstärken. Man kann es zu gleichen Teilen vorteilhaft

Digitized by Google

der Hebraschen Salbe, der Zinkschwefelpaste, dem Ung. Hydrargyri oxydati flavi und dem Ung. praecipitati albi, dem Ung. Bismuthi oxychlorati, genug den verschiedenartigsten anderen Ekzemmitteln zumischen. Es tritt häufig darauf eine sehr wohltätige Verbesserung und Beschleunigung der Wirkung dieser Mittel ein.

9. Nicht ohne Wert mag schließlich ein Hinweis sein auf diejenigen dem Ekzem verwandten oder häufig mit dem Ekzem kombinierten Hautaffektionen, auf welche das Ung. Neoichthargani allein keinen heilenden Einfluß übt. Dieses sind in erster Linie alle eitrigen Formen der Impetigo und der Pyodermien, die Pseudoskabies und echte Skabies, der Pruritus und die Urtikaria.

Aus dem k. u. k. Barackenspital in Prag-Dejwitz
(Kommandant: Oberstabsarzt Dr. H. Fahrner, Chefarzt: Stabsarzt Prof. Dr. R. Winternitz).

Erfahrungen über Milchtherapie bei Hautkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung parasitärer Hauterkrankungen.

Von

Priv.-Doz. Dr. Alfred Kraus.

Das Gebiet der Haut- und Geschlechtskrankheiten hat an dem Studium der Frage von der Wirkung der parenteralen Zufuhr von körperfremdem Eiweiß keinen geringen Anteil genommen. Bei den venerischen Erkrankungen, speziell einzelnen Komplikationen der Gonorrhoe, sowie in der Behandlung der venerischen Bubonen hat sich die Behandlung, besonders in der Form der Milchinjektionen, einen unbestrittenen Platz erworben. Aber auch in der Syphilistherapie ist man auf demselben Wege zu bedeutsamen Wahrnehmungen gelangt, die sowohl nach der kurativen Seite hin, wie auch nach der experimentell-biologischen Interesse beanspruchen. In dieser Beziehung sei nur auf die Untersuchungen von Uddgren verwiesen, die in dem Verhalten der Wassermannschen Reaktion auf Milchinjektionen sehr bemerkenswerte Ergebnisse geliefert haben, indem sie für einen gewissen Prozentsatz der Fälle eine provozierende Wirkung der Milchinjektionen auf den Ausfall der Wassermannschen Reaktion feststellen konnten.

Viel geringer ist demgegenüber die Zahl gleichartiger Untersuchungen bei Hautkrankheiten geblieben, wiewohl schon Schmidt in seiner grundlegenden Arbeit darauf verwiesen hat, daß die Wirkung der Milchinjektionen auch auf Dermatosen zu prüfen wäre.

Ich habe mich mit der Beeinflussung von Dermatosen durch Milchinjektionen bereits während meiner Tätigkeit in einem dermatologischen Zentralspital einer Armee im Sommer und Herbst 1916 beschäftigt, bin aber durch äußere Umstände erst in der letzten Zeit in der Lage gewesen, sie fortzusetzen. Was jene anfänglichen Versuche betrifft, so dehnte ich dieselben an einem reichen Material so ziemlich auf alle gerade zur Beobachtung gelangenden Hauterkrankungen der verschiedensten Art aus

Digitized by Google

und habe dabei das Augenmerk begreiflicherweise in erster Linie auf die an Ort und Stelle des Krankheitsherdes zu beobachtenden Erscheinungen gelenkt. Es lag mir daran, zunächst festzustellen, ob überhaupt, wie und in welchem Ausmaße Krankheitserscheinungen der Haut auf Einverleibung von Milch reagieren würden. Ich hatte mir dabei von allem Anfange an die Meinung gebildet, daß hier akute Dermatosen wohl das beste Feld für Beobachtungen abgeben würden, daß dagegen chronische, mit tiefer Infiltration einhergehende Prozesse dazu weniger geeignet sein dürften. Unter den akuten Dermatosen aber dachte ich in erster Reihe an solche exogener Entstehungsursache und ganz besonders an jene, die auf eine infektiöse Ursache zurückzuführen sind. Bei ihnen versprach ich mir mit Rücksicht auf die uns aus der spezifischen Therapie, z. B. bei der Hauttuberkulose bekannte Heilwirkung entzündlicher Herdreaktionen, günstige Heilwirkung.

Ein sehr geeignetes Objekt zur Prüfung meiner Annahme boten mir zunächst zwei typische Fälle von schwerstem Erysipelas faciei. Bei diesen beiden Fällen liesen sich zwei Tatsachen einwandfrei feststellen. Die eine betraf die unter dem Bilde einer lokalen Reaktion auftretenden Erscheinungen. Sie waren in beiden Fällen äußerst ausgesprochene. Die Rötung, Schwellung und blasige Abhebung, die auch vor der Injektion sehr ausgeprägt war, trat nach der Milchinjektion noch um vieles prägnanter hervor. Die Augenlider, die, obzwar schon vorher geschwollen, doch einen guten Teil der Kornea hatten sehen lassen, verschlossen die Lidspalte vollkommen, die Exsudation und in ihrer Folge die Krustenbildung nahm in exzessivster Weise zu. Freilich war in einem der beiden Fälle — und gerade deshalb möchte ich mit therapeutischen Schlüssen vorsichtig sein — das Erysipel nach der Milchinjektion deutlich weiter fortgeschritten. In dem anderen blieb es in der vor der Injektion bestehenden Ausdehnung, und in beiden kam es beim Abklingen der gesteigerten Entzündungserscheinungen zu auffällig raschem Rückgang, resp. zu glatter Abheilung. Als zweiten bemerkenswerten Umstand möchte ich hervorheben, daß in beiden Fällen die Milchinjektion von einem geradezu kritischen Temperaturabfall begleitet war und daß hierauf das subjektive Befinden der Patienten nichts zu wünschen übrig ließ. Erwähnenswert erscheint es mir ferner, daß der eine der beiden Fälle, bei welchem es nach Abklingen der durch die Milchinjektion gesteigerten Erscheinungen bereits zum scheinbar völligen Verschwinden des Erysipels auf der einen Gesichtshälfte gekommen war, auf neuerliche Milchzufuhr hin die Reaktion in nahezu gleicher Intensität auf dem ganzen vorher erkrankten Areale der Gesichtshaut darbot, wohl eine Hindeutung darauf, daß die Haut auch scheinbar bereits gesunder Partien, zum mindesten in der Tiefe, noch von dem spezifischen Prozesse befallen war. Nicht unerwähnt sei übrigens, daß es gerade dieser Fall war, bei welchem nach der Milchzufuhr das Fortschreiten des Prozesses zu beobachten war. Trotz der deutlichen lokalen Reaktionserscheinungen und der auffallenden Heilwirkung möchte ich gerade bei einer so schweren Erkrankung aus der Beobachtung zweier Fälle keine weitergehenden Folgerungen ziehen.

Mittlerweile sind bereits von verschiedenen Seiten Beobachtungen über Einwirkung von Milchzufuhr bei Erysipel mitgeteilt worden. Dziembowski sah in vier Fällen von

Digitized by Google

schwerem Erysipel sehr günstige Resultate und führt die Beeinflussung besonders von Dermatosen auf den ausgesprochenen pyrogenen Effekt der parenteralen Milchzufuhr zurück. Turnheim prüfte die Wirkung der Milchinjektionen an dreißig Erysipelfällen mit vollem Erfolge. Er hebt die Deutlichkeit der lokalen Reaktion hervor: „Der Entzündungsherd zeigte deutliche Zeichen einer vermehrten Transsudation, er wurde röter, praller, die Grenzen des Rotlaufes hoben sich stark von der gesunden Partie ab.“ Reichenstein sah ausgesprochen gute Resultate bei streng zirkumskripten, erysipelatösen Herden und anerkennt gleichfalls den therapeutischen Einfluß der Milchinjektionen bei Erysipel. Otto Kraus berichtet in seiner jüngst aus der Schmidtschen Klinik hervorgegangenen Arbeit über die glatte Heilung von zehn Fällen von Erysipel nach Milchzufuhr. Die gleiche Menge von Diphtherieantiserum hatte sich bedeutend weniger wirksam erwiesen. Er sah jedesmal einen kritischen oder lytischen Temperaturabfall eintreten und macht auf die in allen Fällen folgende Euphorie aufmerksam.

Was andere akute infektiöse Dermatosen betrifft, hatte ich dann noch bei einigen Fällen von Impetigo contagiosa vorzügliche Erfolge nach Milchinjektionen gesehen. Ganz besonders bei einem Falle, bei welchem die Erscheinungen an Extensität und Intensität im gleichen Grade ausgesprochene waren. Fast das ganze Gesicht war ebenso wie die benachbarten Hautpartien des Halses von honiggelben serösen Krusten bedeckt. Es wurde in diesem Falle keinerlei lokale Therapie verwendet, sondern lediglich eine Milchinjektion verabreicht. Nach derselben war eine ungemein starke lokale Reaktion wahrzunehmen, als deren Folge eine geradezu rhupiaartige Borkenauflagerung resultierte, nach deren Abklingen aber ein ganz auffallender Rückgang der Entzündungserscheinungen auftrat. Am zweiten der Milchinjektion folgenden Tage war unter den abgefallenen Krusten komplette Überhäutung eingetreten.

Sehr bemerkenswert erschienen mir die Resultate, die ich auf Milchzufuhr bei Pilzerkrankungen der Haut, zunächst bei drei Fällen von tiefer Trichophytie feststellen konnte. Bei sämtlichen handelte es sich um bis über handflächengroße, besonders an den Randteilen stark pustulöse Herde an unbehaarten Körperstellen. In allen diesen Fällen waren nach den Milchinjektionen sowohl die örtlichen Reaktionserscheinungen äußerst auffallend, als auch die Heilwirkung eine sehr prägnante, indem ohne jede weitere Therapie in auffallend kurzer Zeit im Anschluß an die Milchinjektionen Heilung erfolgte.

Diese Beobachtungen veranlaßten mich, in letzter Zeit im hiesigen Spitale an einem reichlicheren Material von Pilzerkrankungen der Haut Versuche nach dieser Richtung fortzusetzen, und ich will gleich vorwegnehmen, daß sie das Resultat der früheren Beobachtungen vollauf bestätigten und vielfach ergänzten.

Der erste hiesige Fall war ein ungemein hochgradiges und ausgedehntes Ekzema marginatum der Genitokrural-, Scham- und Analgegend. Es bestanden hochgradig diffus infiltrierte Krankheitsherde mit starker Schwellung und multipler knotenförmiger Abszeßbildung besonders an den Randteilen. Als Folge einer offenbaren Mischinfektion war es zu impetiginös gestalteter Krustenbildung gekommen. In den zentralen Teilen, die dem Rande gegenüber etwas eingesunken waren, war ein deutlicher Rückgang unter Abblassen und Abflachen der betreffenden Hautpartien sichtbar. Außer diesem Hauptherd fanden sich mehrere Einzelherde verstreut, und zwar am bebarteten Gesicht bis nußgroße Knoten mit sehr starken Entzündungserscheinungen, gleichfalls bis zur

Digitized by Google

Eiterung gesteigert, an der Rückenhaut bis annähernd handflächengroße, polsterförmig vortretende, scheibenförmige Herde und endlich mehrere an den unteren Extremitäten, welche denen an der behaarten Gesichtshaut vollkommen glichen. Die Erkrankung hatte vor Spitalaufnahme schon vier Wochen gedauert und war trotz vielfacher Versuche nicht günstig beeinflußt worden. Das Allgemeinbefinden war speziell durch die schweren Erscheinungen in den perigenitalen Herden und die Schmerzhaftigkeit derselben sehr erheblich gestört. Patient erhielt nun im Laufe von zehn Tagen drei Milchinjektionen. Schon nach der ersten zeigte sich in ausgeprägter Weise eine sehr wesentliche Beeinflussung des Krankheitsbildes. Auf der Höhe des Milchfiebers kam es zu einer imposanten entzündlichen Reaktion um die Krankheitsherde. Es stellte sich zunächst ein hochgradiges akutes Ödem der betroffenen Teile ein, weiter eine ungemein deutliche Entzündungsröte auch um die erkrankten Partien, die sie um mehrere Finger breit nach allen Seiten hin umrahmte und förmlich den Eindruck einer erysipelatösen Röte machte. Endlich kam es zu einer hochgradigen Eiterung an allen knotigen Entzündungsherden, so daß aus der Tiefe derselben an vielen Stellen kontinuierlich Eiter in ziemlich großen Mengen spontan abfloß. Die Krustenbildung erreichte infolgedessen, und da jede Lokalbehandlung unterblieb, die größte Ausdehnung. Der Grad der Entzündungserscheinungen war der Größe und Tiefe der einzelnen Herde entsprechend. Die Reaktion hielt nach der ersten Injektion zwei Tage an, um einer ebenso auffälligen Rückbildung der Krankheitserscheinungen Platz zu machen. Schon am dritten Tage waren sämtliche Herde bedeutend abgeflacht, besonders die früher erhabenen und knotig verdickten Randpartien sehr wesentlich eingesunken und die Röte bedeutend zurückgegangen. Im Laufe der folgenden Injektionen spielten sich die geschilderten Vorgänge in abnehmendem Maße ab, bis nach der vierten Injektion kaum mehr eine lokale Reaktion zu bemerken war. Um diese Zeit waren sämtliche Herde volkommen abgeflacht, bereits im Niveau der Haut gelegen, auch an den Randteilen war vollkommene Resorption eingetreten, und nur eine nur mehr oder weniger livide und bräunliche Verfarbung ließ den Sitz der früheren Affektion erkennen.

Dieser Beobachtung vollkommen analoge machten wir nun bei sechs Fällen anderer tiefer Trichophytien, sowohl knotiger Formen im bebarteten Gesichte als auch scheibenförmiger am Rand vielfach pustulöser Herde an unbehaarten Körperstellen.

Und zu ganz gleichartigen Resultaten wie bei den tiefen Pilzerkrankungen führte die Milchbehandlung auch bei sechs Fällen der oberflächlichen Form. Hier handelte es sich um Mykosen oberflächlichen Sitzes der Erythrasma-Lokalisation in der Genitokruralgegend, zum Teil mehr oder weniger über den ganzen Körper ausgedehnte, aus vielfachen kleineren und größeren Herden von Herpes tonsurans superficialis bestehende Affektionen. Auch bei diesen beiden Gruppen entsprach der entzündlichen Reaktion die Heilwirkung, indem alsbald Abschuppung, zumal der peripheren Teile, auftrat. Was die Schnelligkeit der erzielten Resultate anbelangt, so war es mehrfach auffällig, wie rasch die günstige Beeinflussung stattfand. Wir haben weit über handflächengroße Scheiben von Herpes tonsurans squamosus im Gesicht, am Hals, an der Haut der

Digitized by Google

Extremitäten, schon nach zwei Milchinjektionen bis auf eine sehr geringe Pigmentierung vollkommen und restlos verschwinden gesehen.

Endlich sei ein Fall besonders erwähnt, der als eine sykosiforme, bereits seit zwei Monaten erfolglos behandelte Affektion zur Beobachtung kam. Die Haut des gesamten bebarteten Gesichtes war mit Krusten bedeckt. Soweit diese stellenweise abgelöst waren, zeigte sich darunter eine diffus gerötete und infiltrierte Haut, die speziell an den seitlichen Wangenpartien brettartig derb war und dem Patienten ein ungemein unangenehmes Spannungsgefühl bereitete. Dabei fanden sich mehrfach tiefe, buckelförmige, knotige Vorwölbungen, die stellenweise auf ihrer Höhe eitrige Einschmelzung erkennen ließen, zwischen diesen vielfach auch oberflächliche Pustelbildungen, aus welchen die Haare sehr leicht dem mechanischen Zuge folgten. Die Diagnose wurde auf Sycosis parasitaria gestellt und die Milchbehandlung eingeleitet. Die lokalen Reaktionserscheinungen waren sehr hochgradig — sie glichen vollkommen den oben bei den tiefen Formen der Pilzerkrankung erwähnten, weshalb ich sie nicht ausführlich beschreiben will — auch die Rückbildung erfolgte in vollkommen analoger Weise. Während derselben — die Pilzuntersuchung in den Haaren war wiederholt negativ ausgefallen — fiel es uns auf, daß, nachdem die meisten Krusten bereits abgefallen waren, die Haut stellenweise besonders tief und derb infiltriert blieb. Endlich wurde bei einer mikroskopischen Untersuchung von Pustelinhalt Aktinomyzes einwandfrei festgestellt und damit für uns der Beweis erbracht, daß auch bei dieser Erkrankungsform die Milchinjektion ganz Nennenswertes zu leisten imstande ist. Bedenkt man, daß die äußerst schwere Erkrankung im Laufe von nur vier Milchinjektionen zu einer bis auf leichte, diffuse Rötung und Schwellung höchst auffallenden Rückbildung gelangt ist, so erscheint dies wohl mehr als hinreichend, um von einer äußerst günstigen Einwirkung auf den Prozeß sprechen zu dürfen.

Dziembowski hat in drei Fällen von Aktinomykose einen günstigen Effekt der Milchtherapie gesehen. Er betont den gutartigen und schnellen Verlauf, die Heilungstendenz und die Vollständigkeit der Ausheilung bei seinen Fällen.

Der Vollständigkeit halber füge ich hinzu, daß ich bei mehreren Fällen von Pityriasis versicolor auf Milchinjektionen nach keinerlei Richtung eine Änderung im Krankheitsbilde gesehen habe.

Den Resultaten beim Erysipel und ganz besonders bei den Trichophytien und Aktinomykose möchte ich gegenüberstellen, daß ich von Milchinjektionen bei vielen anderen, zumeist chronischen Hautkrankheiten, so den verschiedenen Formen des Ekzems, bei Psoriasis, Pemphigus, aber auch bei zahlreichen pyodermatischen Prozessen, zumeist unter dem Bilde der Furunkulose, bei einer Serie staphylogener Sykosen, keinerlei nennenswerte Beeinflussung gesehen habe. Dagegen möchte ich eines Falles von sehr ausgedehntem Lupus erythematodes Erwähnung tun, der im Gesicht, an den Ohrmuscheln, am Kopfe und sämtlichen Extremitäten in breiten Scheiben lokalisiert, auf mehrfache Milchinjektionen unter deutlich wahrnehmbaren lokalen Reaktionserscheinungen auffallend günstig beeinflußt wurde.

Bemerken möchte ich, daß die wiederholt vor, während und nach der Milchtherapie vorgenommene Blutuntersuchung in zwei Fällen ein auffälliges Resultat ergab. In dem Falle von Aktinomykose war die Wassermannsche Reaktion vor Einleitung der Behandlung positiv, im Verlaufe der Behandlung bei dreimaliger Prüfung stets negativ. Ein Fall von ausgedehntem Herpes tonsurans superficialis, der leider vor der Milchbehandlung nicht diesbezüglich untersucht worden war, aber anamnestisch und klinisch keinerlei Anhaltspunkte für bestehende oder abgelaufene Lues darbot, reagierte nach der ersten und dritten Milchinjektion positiv, nach der vierten wieder negativ. In allen anderen Fällen war die Wassermannsche Reaktion stets negativ ausgefallen.

Digitized by Google

Ich wollte mit dieser kurzen Mitteilung über die Ergebnisse der Milchbehandlung gewisser Formen von Hautkrankheiten nicht länger zurückhalten, einmal weil ich dieselben für genügend sicher erachte, um zu weiterer Überprüfung anzuregen, ferner weil es bekanntlich gerade gegenwärtig zu einer ungeahnten Verbreitung der Pilzerkrankungen gekommen ist und weil jeder Weg begrüßenswert erscheint, der uns in ihrer Therapie vorwärtsbringen kann. Noch mehr freilich wie die therapeutische Seite verlangt oder verspricht die Fortsetzung der Versuche nach der biologischen Richtung Aufklärung. Es wären doch gerade hier manche Fragen zu lösen, speziell die, welchen Einfluß die Milchzufuhr auf die Krankheitserreger selbst, ihre Lebensverhältnisse, Virulenz, Überimpfbarkeit, in den vorschiedenen Zeitpunkten während der Behandlung hat. Die Tatsache, daß nicht jede Trichophytie in gleicher Weise auf Milch reagiert — in einem Falle der oberflächlichen Form sahen wir nach zwei Milchinjektionen kaum eine Änderung —, läßt die Annahme nicht von der Hand weisen, daß auch die Beeinflussung durch die Milchzufuhr nicht bei allen Pilzformen in gleicher Weise vorkommt. Es wäre demnach gerade bei den günstig verlaufenden Fällen eine mykologische Untersuchung der betreffenden Trichophytiestämme nötig gewesen, Versuche, die anzustellen mir derzeit durch die gegebenen Verhältnisse unmöglich waren.

Zusammenfassend komme ich zu dem Schlusse, daß oberflächliche und tiefe Pilzerkrankungen der Haut auf intramuskuläre Zufuhr von Kuhmilch mit einer ausgesprochenen Steigerung der entzündlichen Erscheinungen an Ort und Stelle der Krankheitsherde reagieren und daß diese Lokalreaktion von einer sehr nennenswerten Rückbildung der Krankheitserscheinungen gefolgt ist.

Endlich sei der Hinweis darauf gestattet, daß durch eine Kombination der Milchbehandlung mit den bisher geübten antiphlogistischen und antiseptischen Methoden eine wertvolle gegenseitige Ergänzung beider im Sinne besserer und rascherer Heilerfolge wohl möglich wäre, indem durch die lokalen Reaktionserscheinungen für die Wirkung der äußeren Applikationen günstigere Bedingungen geschaffen würden.

Literatur.

1. Uddgren, B. kl. W., 1918, 15. — 2. Schmidt, M. Kl., 1916, 7. — 3. Dziembowski, M. Kl., 1916, 45. — 4. Turnheim, W. kl. W., 1917, 51. — 5. Reichenstein, W. kl. W., 1918. 11. — 6. Otto Kraus, M. Kl., 1918, 30. — 7. Reiter, D. m. W., 1918, 7.

Verschiedenes.

Geh. Med.-Rat Prof. Joseph Jadassohn in Breslau wurde als Nachfolger E. Lessers nach Berlin berufen.

Prof. Adolf Blaschko in Berlin erhielt den Titel Geheimer Sanitätsrat. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Sachverzeichnis.

* bedeutet Originalarbeit.

Alderhaldensche Reaktion s. Tuberkulose.
*Abszesse n. intramusk. Inj. v. Hg sal. m. verunreinigtem Paraffin, Buschke 764.
Agfa s. Erythema toxicum.
Ainhumoides s. Sclerodermia.
Akne s. Chlorakne.
Acné cornée u. Lichen spinulosus, Gougerot u. Clara 651.
*Acneiforme. Exanthema folliculare, Mense 641.
Akrodermatitis atrophicans, Müller 792.
*Albargin-Pyrogallolbild etc., Schumacher 543.
Albuminurie. Karbolineum als Ursache einer Dermatitis und, Posner 476.
— u. Syphilis. Orthotische, Stümpke 628.
— Hg-Bhdlg. b. Syphilis als Ursache von, Forstmann 647.
Alkoholneuritis, Eichhorst 477.
*Alopezie. Lichen chron. simplex als Vorläufer neurotischer, Nobl 767.
Alopecia areata b. Hereditär-Syphilitischen, Sabouraud 619.
— — maligna auf nervöser Grundlage, Teljega 780.
Anaphylaktischer Anfall nach Milchinjektion, Oppenheim 654.
Angioneuroticum s. Oedema.
Anus s. Ulcus molle.
Arsenkeratose u. Hautepitheliome, Bobowitsch 845.
— 476.
Arsenmelanose 476.
Arthritiden. Medikamentöse Elektrolyse b. blennorrhagischen, Uteau u. Schwab 650.
Artifizielle Hautkrankheiten b. Soldaten. Dacco 524 (Bis).
— — Brauer 646.

Bäder. Saure, Klingmüller 717.
Barte. Bartflechten u. Flechten im, Jessner 571.
Bartflechten u. Flechten im Barte, Jessner 571.
— s. Sykosis.
*Bartholinitis. Neue Bhdlgsmethode der, Hesse u. Auer 771.
Basedowi. Ekzem d. Lippenrandes bei Morbus, Nikolsky 778.
Basedowi. Morbus s. Syphilis I, E.
Beschneidung. Tbc. nach, Kudisch 780.
Beule s. Orientbeule.
Blattern s. Pocken.
Blennorrhoe. Provokationsmethoden bei, Drexler 731.
— Janetsche Spülungen bei, Meschtscherski 780.
— d. Frauen u. Kinder. Vakzine bei, Borowskaja 830.
— s. Gonnorrhoe, Tripper.
Blennorrhoisch (Blennorrhagisch) s. Arthritis, Keratose, Orchitis.
Blennorrhoische Rektalstriktur b. e. Syphilitiker, Gaucher u. Le Noir 648.
Blennorrhoischen Infektion. Allgemeine Wirkung der, Werschinin 797 (Bis).
Botryomykosis u. Psoriasis vulgaris. Heilung von, Serebrennikow 830.*
Bromexanthem, Pedersen 476.
Bromoderma tuberosum vegetans, *Pawlowskaja-Karyschewa 829.

Chlorakne 476.
Chlorakneähnliche Hauterkrankungen b. Zinkhüttenarbeitern, Mutmann 476.

Dariers Dermatose m. Schleimhautveränderungen u. impetigoartigen Eruptionen, Reenstierna 647.
Dermatitis u. Albuminurie. Karbolineum als Ursache einer, Posner 476.
— exfoliativa. Salvarsanintoxikation unter d. Bilde einer, Pürckhauer 476.
— herpetiformis? Pemphigus oder, Paulus 793.
— — Baer 793.
— lichenoides pruriens u. viszerale Störungen, Ehrmann 731.
— s. Akro-, Hahnenfußdermatitis, Hautentzündung, Salvarsan IV.
*Dermatologen. Kriegstagung d. Südwestdeutschen u. Rheinisch-Westfälischen, Sack 791.
Dermatologenvereinigung. Tagung der Südwestdeutschen, 542, 622.
Dermatologie als Prüfungsfach, 478.
Dermatologischen Zeitschrift. Geleitwort z. 25. Bd. der, Hoffmann 557.

Digitized by Google

Dermatologischer Krankenbestand d. Res.-Laz. B, Callomon 798.
Dermographismus u. viszerale Störungen, Ehrmann 731.
Diabetes insipidus b. e. Luetiker, Hedén 628.
— mellitus. Makulöses Exanthem bei, Koch 647.
Diagnose. Fall zur, Baer 793.
Diphtherie s. Hautdiphtherie.
Diuretische Wirkg. d. Kriegskost, Feilchenfeld 798.
Dysthyroidie 650.

Ekzem d. Lippenrandes b. M. Basedowi, Nikolsky 778.
Ekzema nummulare u. viszerale Störungen, Ehrmann 731.
Ekzematisation 731.
Elefantiasis. Syphilitische, Petrow 780.
Elektrolyse b. blennorrhag. Arthritiden. Medikamentöse, Uteau u. Schwab 650.
Entlausung. Fleckfieber und, Arneth 540.
Epidermolysis bullosa hereditaria, Jordan 779, Zweig 647.
Epididymitis. Bhdlg. d. chronischen, Rubaschew 780.
Epitheliom s. Haut-, Talgdrüsenepitheliom.
Epitheliomartiger Lupus am Fuß, Naegeli 603.
Erfrierung. Experim. Btrg. z. Ursache u. Mechanismus der, Neri 475.
— d. Füße. Ätiologie, Prophylaxe u. Therapie der, Raymond u. Parisot 475.
Erfrierungen. Anteil d. vasomotor. Apparates b. Entstehg. von, Neri 475.
— Röntgenstrahlen bei, Wachtel 476.
— Rückläufige Massage bei, Luzenberger 476.
Erysipel 571.
Erysipelas perstans faciei. Lupus erythematosus mit, Paulus 793.
Erythem. Tödlich verlaufendes idiopathisches, Arullani 477.
Erythema induratum, Greiff 793.
— infectiosum, Ochsenius 493.
— multiforme. Neosalvarsan b. schwerem, Fischl 477.
— nodosum u. Lues, Stümpke 647.
— toxicum n. Agfa, Sachs 476.
Erythrodermie u. Nephritis dch. e. quecksilberhaltige Salbe. Universelle, desquamative, Lomhold 476.
— pityriasique 647.
Exanthematischen Kinderkrankheiten. Komplementbindung bei, Nysten 573.

*Färbung. Vergleichende Tot-Lebend-, Unna 703.
Farbzellen i. d. Haut. Lipochromführende, Schmidt 731.
Fettersparnisse b. Hautkrankheiten, Friedländer 542, Schacht 557.
Fettlose Salbengrundlagen, Heller 717.
Fieberbehandlung 734, s. Syphilis I, L.
Fleckfieber, Hetsch 509, Mura 556, Starkenstein 509.
— Klin.-dermatol. Bemerkgn. über, Lipschütz 525.
— Hämorrhag. Hautinfektion bei, Schwoner 510.
— Rudimentäres, Bardachzi u. Barabas 510.
— ohne Exanthem, Popper 510.
— m. Gesichtsexanthem, Martini 510.
— Pathologie u. Therapie des, Zuelzer 537.
— Präparate von, Ceelen 555.
— Vergl. Untersuchungen am Blute bei, Elkeles 555.
— Prakt. Bedeutg. d. Blutbildes bei, Schiff 555.
— Anaphylakt. Reaktion bei, Csernel 572.
— Ätiologie des, Fuld 537, Hauser 537, Popoff 540, Rocha-Lima 538, Zeiss 537.
— Ätiologie u. Bhdlg. des, Töpfer 537.
— Kopflaus u. Verbreitung des, Heymann 538.
— u. Entlausung, Arneth 540.
— Bakterielle Befunde bei, Reuter 540.
— Bakterielle Befunde im Blute bei, Przygode 554.
— Bakteriologie d. broncho-pneumon. Erkrankgn. bei, Petruschky 572.
— Erkennung des, Hansen 510.
— Diagnose des, Wiener 556.
— Frühdiagnose des, Perls 555.
— Stauungsphänomen bei, Rostoski 510.
— Klin. u. serolog. Diagnose des, Steiner u. Viteček 556.
— Serolog. Diagnose des, Weltmann 556.
— Serodiagnostik des, Epstein u. Morawetz 556, Sachs 557.
— Weil-Felixsche Reaktion bei, Arnstein 554, Braun u. Salomon 541, Čančik 553, Csépal 554, Dietrich 553, Friedberger 554, Gergely 554, Schwarzkopf 553, S. u. K. Sterling 553, Viteček 553, Weil u. Felix 554.
— Weil-Felixsche Reaktion im Harne bei, Ballner u. Finger 554.
— Wasserm. Reakt. bei, Bittorf 572.
— Komplementbindung bei, Papamarku 572.
— m. X 19. Komplementbindung bei, Reichenstein 572.
— Prognost. Bedeutg. d. intradermalen Reaktion bei, Dumitresco 556.
— Epidemiologie u. Prophylaxe des, Fonyó 526, 536, Wiener 537.
— Immunisierungsversuche gegen, Hamdi-Haidar 557.

Digitized by Google

Fleckfieber, Silbermittel bei, Teichmann 537.
Fleckfieberdiagnostikum, Csépal 556, Neuber 556.
Fleckfiebererreger in der Laus, Töpfer 540.
Fleckfieber-Proteusbazillus, Braun u. Salomon 541.
Fleckfieberroseola, Fränkel 526.
Flecktyphus s. Fleckfieber.
*Flughautbildung beim Menschen, Ebstein 607.
Follikulitiden, Röntgenstrahlen b. intraurethralen, Bogrow 796.
Fremdkörper s. Harnröhre.
Furunkulosis u. andere kokkogene Hautleiden, Jessner 571.
Fuß s. Erfrierung, Lupus.
Fußpflege im Heeresdienste, Reichel u. Schede 814.
Fußsohlen s. Warzenbildung.

*Geschlechtskranke. Gefahr d. Beratungsstelle für, Notthafft 627.
— Abendsprechstunden für, 638.
Geschlechtskrankheiten in Berlin. Verbreitung der, Blaschko 525, 717.
— in Petersburg im Kriege, Prosskurjakow 846.
— Schwierigkeiten der Verhütung der, Courtade 648.
— Bekämpfung der, Guszmann 542.
— Zukünftige Bekämpfung der, Chotzen 670.
— im Felde u. i. d. Heimat. Bekämpfung der, Mulzer 731.
— Simulation von, Pick 541.
Geschwür s. Vorhautgeschwür.
Glyzerinersatz 793.
Glyzinal, Nathan 793.
Gonokokken. Nachweis der, Loeb 646.
*Gonnorrhoe b. Männern. Prophylaxe der, Hofmann 570.
*— Intravenöse Kollargolinjektionen bei, Sommerfeldt 511.
*— Wärme bei, Cronquist 737.
— s. Blennorrhoe, Tripper.
*Gonorrhoephrophylaxe, Bruck 668, Hofmann 813.
Granuloma annulare, Sacharow 778.
— malignum 779.

Haare b. Meerschweinchen. Entwicklung u. Wechsel der, Segall 638.
— s. Kopfhaare.
*Haarfärbekunst, Müller 674.
Hämatoporphyrinurie n. Salvarsan, Cavina 524.
Hahnenfußdermatitis als Selbstbeschädigungsform, Fantl 476.
Händedesinfektion m. Thymolspiritus, Hirsch 814.
Harnblase. Syphilit. u. parasyphilit. Affektionen der, Strackstein 628.
Harnröhre e. Mannes. Bohnen als Fremdkörper in der, Sommer 684.
Hautatrophie. Pathogenese d. idiopathischen, Burkhard, 718.
— nach X-Strahlen b. Hypertrichosis. Späte, Iwanow 778.
Hautdiphtherie. Chron. Schleimhaut- und, Kyrle 647.
Hautentzündung u. Kriegserfahrgn. b. Hautkrankheiten, Hammer 647.
— s. Dermatitis.
Hautepitheliome. Arsenkeratose und, Bobowitsch 845.
Hautkrankheiten im Kriege. Beck 541, Iwanow 830.
— Hautentzündung u. Kriegserfahrgn. bei, Hammer 647.
— u. Syph. im Kriege, Napoli 523.
— u. Syphilis gleichzeitig, Meyer 605.
— Fettersparnisse bei, Friedländer 542, Schacht 557.
— s. Artifizielle, Parasitäre, Strichförmige, Zoniforme H., Milchtherapie.
Hautleishmaniose, Klinik der, Meschtcherski 797.
— im turkestanischen Kreise, Jakimow u. Schokor 778.
*Hautpilzerkrankungen. Immunität bei, Muller 825.
Hautsarkom. Multiples, idiopath. hämorrhagisches, Grigorjew 796.
Hauttuberkulose, Sprenger 792.
— u. Tuberkulide b. Heeresangehörigen. Callomon 646.
— Kohlenbogen-Lichtbad b. primärer u. sekund. Schleimhaut und, Spitzer 588.
— s. Tuberculosis cutis.
Heiße Luft b. blennorrhag. Orchitiden, Uteau u. Schwab 650.
Hektin s. Orientbeule.
Herdreaktionen. Ursachen d. Ausbleibens von, Kerl u. Koch 647.
Herpes zoster ophthalmicus gangraenosus. 574.
Hoden. Bösartige Entartg. retentionierter, Statzin 683.
Hodens. Gumma des, Zigler 629.
Hydroa vacciniforme m. Porphyrinogenurie, Perutz 477.
Hypertrichosis. Spätatrophie d. Haut n. X-Strahlen bei, Iwanow 778.

Ichthyosis diffusa. Valle 524.
Impetigo. 571.
*— Originäre Kuhpocke oder, Nobl 559.
Impfschutzes, Dauer des, Böing 509 (Bis), Bemerkgn. Gins 509, Ginzberg 508.
Impfung b. Erfolglosigkeit. Sofortige Wiederholung der, Schwalbe 509.

Digitized by Google

Intraurethralen Follikulitiden. Röntgenstrahlen bei, Bogrow 796.

Jods z. Blutbilde u. Blutdruck. Beziehgn. des, Engwer 734.
Jodwirkung. Luetinreaktion und, Boas 702, Borberg 702 (Bis), Kissmeyer 702.

Karbolineum 476.
Katheters. Befestigung d. Verweil-, Warstadt 558.
Keloid s. Narbenkeloid.
Keratose d. Haut- u. Mundschleimhaut. Blennorrhoische, Bogrow 846.
— s. Arsenkeratose.
Kohlensäureschnee s. Lupus vulgaris.
Kokkogene Hautleiden. Furunkulosis und andere, Jessner 571.
Kollargol s. Gonorrhoe.
Komplement s. Syphilis I, D, G.
Komplements dch. Kobragift. Inaktivierbarkeit des Meerschweinchen-, Nathan 636.
Komplementbindung b. exanthem. Kinderkrankheiten, Nysten 573.
— b. Fleckfieber, Papamarku 572.
— — — m. X 19, Reichenstein 572.
— b. Scharlach, Wysten 573.
— b. Variola, Hellenberger 506.
— b. Varizellen, Dold 493.
Komplementgewinnung. Meerschweinchen ersparende Methode zur, Bontemps 637.
Kondylom. Übertragungsversuche m. spitzem, Wülser 646.
*Kopfes im Kriege. Röntgenbehdlg. d. parasit. Erkrankgn. d. behaarten, Freund 719.
Kopfhaar d. Menschen. Einfluß v. Krankheiten a. das, Pinkus 684.
Krankheitsbilder. Charakteristische, Cammerloher 574.
Krieg s. Hautkrankheiten, Röntgenbehdlg., Syphilis I, A.
*Kuhpocke oder Impetigo? Originäre, Nobl 559.
Kupferbehandlung s. Tuberkulose.

Eduard-Langgasse 750.
Laus u. Fleckfieberverbreitung. Kopf-, Heymann 538.
— Fleckfiebererreger in der, Töpfer 540.
Läuse. Übertragg. d. Typhus recurrens dch. die, Goldberg 555.
Leishmaniose s. Hautleishmaniose.
*Lepra in Connecticut, Lane 587.
*— Geschichte der, Montgomery 661.
*— Symptome u. Diagnose der, Morrow u. Lee 546.
— Diagnostische Serumreaktion bei, Sordelli u. Fischer 587.
Lepra in Mexiko. Immunitätstherapie der, Urueña 587.
— Natriumgynokardat intravenös bei, Rogers 587.
Lepraforschung. Ungelöste Probleme der, Kraus 587.
*Edmund Lesser †, Buschke 520.
Leukämie s. Pseudoleukämie.
Lichen circumscriptus Vidal 731.
— sclerosus 793.
— simplex chronicus 731.
*— — — als Vorläufer neurot. Alopezie. Nobl 767.
— spinulosus. Acné cornée und, Gougerot u. Clara 651.
Lichenifikation 731.
Lichtes. Fernwirkungen absorbierten, Buttersack 654.
Lichtbad. Kohlenbogen-, s. Hauttuberkulose Lupus vulgaris, Tuberkulose.
Lichtsensibilisierung u. viszerale Störungen. Ehrmann 731.
Lipochromführende Farbzellen i. d. Haut, Schmidt 731.
Lippe s. Ekzem.
*Livedo racemosa ohne nachweisbare Lues, Alexander 479.
Luft, s. Heiße Luft.
Lupus erythematosus m. Erysipelas perstans faciei, Paulus 793.
— pernio, Sarkoide u. Tbk., Schaumann 571.
— vulgaris. Neuere Anschauungen a. d. Gebiete des, Müller 590.
— — a. Fuße. Epitheliomartiger, Naegeli 603.
— — Fokalreaktion nach Tuberkulineinspritzung bei, Fönss 589.
— — Kohlensäureschnee bei, Lewtschenkow 796.
— — Künstl. Lichtbäder bei, Reyn u. Ernst 603, Hansen 603.
Lupusausschusses (1917). Bericht des, 587.
Lymphstauung. Mechanismus der, Gross 525.
Lymphangioma cysticum, Müller 792.

*Malaria. Mehrfache Querfurchenbildg. d. Nägel bei, Fischer 495.
Masern, Herrmann 492.
— Röteln oder deutsche, Grey 492.
— u. Scharlach, Miller 492.
— — — Mittelohrerkrankungen bei, Göppert 492.
Meerschweinchen s. Haare.
Melanose s. Arsenmelanose.
Milchinjektion. Anaphylakt. Anfall nach, Oppenheim 654.
Milchinjektionen b. lokalen Entzündungsprozessen. Therapeut. Erfolge mit, Reichenstein 718.

Digitized by Google

*Milchinjektionen b. weichem Schanker, Guszman 807.
— s. Syphilis I.
*Milchtherapie b. Hautkrankheiten, bes. parasitären Hauterkrankungen, Kraus 857.
Mundhöhle. Untersuchungen der, Gerber 782.
— s. Keratose, Spirochätosen.
Mykosis fungoides. Syphilis d. Lymphdrüsenapparates wie Pseudoleukämie und, Bogolepow 779.

*Nägel. Künstliche Querfurchenbildung der, Riecke 655.
*— n. Tuberkulininjektionen u. bei Malaria. Mehrfache Querfurchenbildung der, Fischer 495.
Nävus. Systematisierter, Müller 792.
Narbenkeloid a. Fuße, Müller 792.
Neger, s. Syphilis I, J.
*Nekrolog für H. Wossidlo, Kulisch 473.
*— — Edmund Lesser, Buschke 520.
*Neoichthargan, Unna 847.

Neosalvarsan.
(S. auch Syphilis I, L.)

I. Allgemeines.

II. Therapie.

Neosalvarsan b. Alveolarpyorrhoe, Beyer 814.
— b. schwerem Erythema multiforme, Fischl 477.

III. Dosierung und Technik.

Neosalvarsaninjektion. Technik der, Sturmhoefel 765.

IV. Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen.

Neosalvarsan u. Quecksilber. Nebenwirkgn. des, Hoffmann 747.
*— Günstiger Ausgang einer Encephalitis haemorrhagica nach, Stümpke 527.
— Spätikterus nach, Golay 651.
Neosalvarsanintoxikation. Pulmonale Form der, Lomholt 717.

Nephritis dch. e. quecksilberhaltige Salbe. Universelle desquamative Erythrodermie und, Lomhold 476.
— sicca u. Syphilis, Merklen u. Heuyer 628.
Neurotisch s. Alopezie.
*Nuklein- u. Nukleinsäurereagentien usw. Schumacher 543.

Oedema angioneuroticum. Meynet u. Fenestre 650.
*— Quincke m. Ausgang in nekrotisierende Entzündg. u. Atrophie, Kreibich 671.
Onychien u. Paronychien inf. Autoinfektion bei Sykosis, Troitzki 780.
Orchitiden. Heiße Luft b. blennorrhagischen, Uteau u. Schwab 650.
Orientbeule 778, Herscheimer 793.
— Anatomie der, Bogrow 797.
— Hektin bei, Bogrow u. Grintschev 797.

Papillomatose. Generalisierte, punktförmige, warzige, Gougerot u. Clara 648.
Parakeratosis variegata 647.
Parakeratotischen Zuständen. Abreibesand bei, Hammer 793.
Parapsoriasis 647, Sprenger 792.
— Therapie der, Wiesmann 647.
*Parasitären Erkrankungen d. behaarten Kopfes im Kriege. Röntgenbehandlung der, Freund 719.
*— Hauterkrankungen. Milchtherapie der, Kraus 857.
Paronychien u. Onychien inf. Autoinfektion b. Sykosis, Troitzki 780.
Paschensche Körperchen 507.
Pemphigus oder Dermatitis herpetiformis? Paulus 793.
— chronicus. Ätiologie des, Radaeli 524.
— vegetans, Msareulow 779.
— vulgaris. Ätiologie des, Stümpke 647.
*Penis dch. Röntgenbestrahlung. Heilg. d. plast. Induration des, Galewsky u. Weiser 575.
Pigmentbildung im Lichte d. neuen Forschungen, Meirowsky 646.
*Pilzerkrankung. Latenzstadien b. e. chronischen, Kaufmann-Wolf 812.
*Pityriasis lichenoides chronica, Krzysztalowicz 647, *Wise 837.
Pocken, Vorpahl 506.
— Bösartigste schwarze, Bors 505.
— Lokalisation der, Willner 506.
— ohne Pockenausschlag, Vorpahl 506.
— in Schleswig-Holstein. Geschichte der, Hanssen 750.
— Epidemiolog. Beobachtgn. über, Jürgens 493.
— Experim. Untersuchgn. üb. Übertragg der, Friedemann u. Gins 507.
— Ätiologie der. Hallenberger 573.
— Kultivierung d. Erreger der, Greeley 508.
— Diagnose der, Friedemann 494, Schreiber 505.
— Komplementbindg. bei, Hallenberger 506.
— Bhdlg. der, Justiz 507, Kulka 507.
— Kaliumpermanganatbhdlg. der, Kulka 508, Morawetz 507.
— s. Kuhpocken.

Digitized by Google

Pockenähnliches, pustulöses, septisches Exanthem, Fasching 494.
Pockendiagnose. Histolog. Technik d. Kornealversuches b. der, Paul 507.
Pockenepidemie. Kleine, Petzholdt 493.
Pockenpustel. Technik z. Darstellg. d. Elementarkörperchen in der, Paschen 507.
Pockenreaktion. Diff.-diagnost. Wert d. Paulschen, Gerlóczy u. Vas 506.
Porokeratosis Mibelli. Ätiologie der, Pawlow 779.
Porphyrinogenurie 477.
*Prostatektomie m. lateraler Inzision. Perineale, Wilms 831.
Prostituiertenbehandlung. Wiederholte Wasserm. Reakt. b. der, Stümpke 632.
*Prostitution. Bielefelder Verfahren z. Bekämpfg. der, Bozi 642.
Prurigo. Verändergn. d. Psyche bei, Schiperskaja 779.
Pruritis u. viszerale Störungen, Ehrmann 731.
— linguae et innestae oris, Selenew 780.
Pseudoleukämie u. Mykosis fungoides. Syphilis d. Lymphdrüsenapparates wie, Bogolepow 779.
Pseudo-Scharlach, Frankel 491.
*Psoriasis. Unbeschriebenes Symptom der. Šamberger 687, 708.
*— Pathogenese der, Kreibich 647, *Šamberger 687, 708.
*— vulgaris. Ultramikroskop. Befunde bei, Peller 735.
— — Heilung v. Botryomykosis und, Serebrennikow 830.
Psorospermose. Atypische, 793.
Psychiater u. Neurologen. Vereinigung mitteldeutscher, 702.
Purpura variolosa, Riedel 507.

*Radiumbehandlung, Krzysztalowicz 751.
Rassenhygiene u. ihre wissenschaftl. Grundlagen, Oettinger 781.
*Röntgenbehandlung d. parasitären Erkrankungen d. behaarten Kopfes im Kriege, Freund 719.
Röntgenbestrahlung b. Erfrierungen, Wachtel 476.
*— Heilg. d. plast. Induration d. Penis durch, Galewsky u. Weiser 575.
Röntgenstrahlen b. Hypertrichosis. Spätatrophie d. Haut nach, Iwanow 778.
— b. intraurethralen Follikulitiden, Bogrow 796.
Röteln od. deutsche Masern, Grey 492.
Rotzinfektion. Verhütung der, Marcuse 782.

Salbengrundlagen. Fettlose, Heller 717.

Salvarsan.
(S. auch Syphilis I, L.)
I. Allgemeines.
II. Therapie.
Salvarsan b. Alveolarpyorrhoe. Spirochätenbefunde und, Kolle 558, Plaut 558. Bemerkgn. Gerber 813, Schlußbemerkg. Kolle 814.
*— b. Spirochätenkrankheiten, Kolle 791. *799.
III. Dosierung und Technik.
Salvarsaninjektion. Technik der, Lilienthal 765.
— Konzentrierte, Favre u. Massia 781.
Salvarsantherapie. Intraspinale, With 766.
— Technik u. Instrumentarium zur endolumbalen, Gärtner 766.
IV. Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen.
Salvarsan. Nebenerscheingn. des, Schneider 749.
— Hämatoporphyrinurie nach, Cavina 524.
— Hauterscheinungen durch, Malherbe 649.
— Polyneuritis nach, Meissner 766.
— Sklerodermieartige Erkrankg. nach, Paulus 792.
— Spätikterus nach, Pulvermacher 646.
— — nach Quecksilber-, Rehder u. Beckmann 766.
Salvarsanbehandlung. Vermeidung der Gefahren einer, Stühmer 766.
Salvarsandermatitis, Goldfarb 731.
Salvarsanintoxikation unter d. Bilde e. Dermatitis exfoliativa, Pürckhauer 476.

Samenblasen. Sondierung der, Kropeit 683.
Sarkoide u. Tbc. Lupus pernio, Schaumann 571.
— Syphilitische, Msareulow 846.
Sarkom s. Hautsarkom.
Schanker der Vagina. Weicher, Courtade 650.
*— Milchinjektionen b. weichem, Guszmann 807.
Scharlach. Ungewöhnl. Komplikation von. Höhn 478.
— u. Masern, Miller 492.
— — — Mittelohrerkrankgn. bei, Göppert 492.
— Traumatischer, Korach 478.
— Komplementbindg. bei, Nysten 573.
— Bhdlg. des, Ströll 491.
— Serumtherapie bei, Koch 492, Krause 491, 492.
— Rekonvaleszenten- u. Normalmenschenserum bei, Rehder 491.
— s. Pseudoscharlach.

Digitized by Google

Schußverletzungen d. peripheren Nerven, Mauss u. Krüger 574.
Schwangerschaftsunterbrechg. usw., Krohne 557.
Schweißdrüsenkörperchen, Kreibich 647.
Semmelweis. Hebra und, 510.
Septisches Exanthem. Variolaähnliches, pustulöses, Fasching 494.
Serumreaktion b. Lepra. Diagnostische, Sordelli u. Fischer 587.
Sklerodermie, Müller 792 (Bis).
Sclerodermia ainhumoides, Pawlowskaja-Karyschewa 797.
— circumscripta, Herxheimer 793.
Sklerodermieartige Erkrankung nach Salvarsan, Paulus 792.
Spirochätenbefunde u. Salvarsan b. Alveolarpyorrhoe, Kolle 558, Plaut 558, Bemerkgn. Gerber 813, Schlußbemerkg. Kolle 814.
*Spirochätenkrankheiten. Salvarsantherapie der, Kolle 791, *799.
Spirochätosen d. Mundrachenhöhle. Lokale, Gerber 813, Schlußbemerkung Kolle 814.
*Staphylokokkenerkrankungen d. Haut. Behandlg. chronischer, Müller 600.
Stomatitiden m. bes. Affekt. d. Zunge. Schwere Hg-, Bessonow 777.
Strahlentherapie, Brocq 571.
*Strahlende Energie b. Hautkrankheiten, Lain 759.
*Strichförmige u. zoniforme Hauterkrankungen, Unna 591.
Sykosis. Onychien u. Paronychien inf. Autoinfektion bei, Troitzki 780.
— s. Bartflechte.

Syphilis.

I. Erworbene Syphilis.

A. Allgemeiner Teil.

Extragenitale Syphilis:
Abdomens. Syphilit. Riesenschanker des, Lévy-Bing u. Gerbay 651.
Akzidentellen Syphilis. Ätiologie der, Wolff 620.
Mastdarmes. Primäre Syphilis des, Jost u. Gradwohl 630.
Toiletteseife. Syph. Infektion am Nacken durch, Heidingsfeld 605.
Zungenschanker, Lévy-Bing u. Gerbay 648.
Heere. Syphilis im, Moscati 604.
*Ignorée. Wasserm. Reakt. bei Syphilis, Boas 581.
Infektiosität d. Lues. Positive Wasserm. Reakt. als Zeichen der, Trinchese 631.
Krieg und Paralyse, Pilcz 621.
Kriege. Syph. im, Napoli 523.
Primäre Syphilis. Verspätete, Selenew 796.
Prognose d. abortiv bhdltn. Syphilis. Bedeutg. serodiagnost. Untersuchungen f. die, Perutz 653.
Reinfectio luetica, Berent 605.
Schankers b. d. Araber. Charaktere u. Entwicklg. d. syphilitischen, Lacapère 652.
Syphilidophobia, Montgomery 604.
Syphilis u. Hauterkrankungen gleichzeitig, Meyer 605.
— in den arabischen Ländern, Lacapère u. Decrop 649.
— b. d. Muselmannen Nordafrikas. Sekundäre, Montpellier 650.
Syphilislehre. Kritisches zur modernen, Heller 604.
Syphilisschutz. Persönlicher, Kafemann 782.
Trauma, funktionelle Störung u. Lues cerebri, Siebert 620.
Verbrechern. Syphilis bei, Boudreau 604.

B. Ätiologie.

Spirochätennachweis b. Syphilis, Johan 631, Thoms 631.

C. Experimentelle Syphilis.

Experimentelle Syphilis, Uhlenhuth u. Mulzer 631.

D. Diagnostik.

Ausflockung cholesterinierter Extrakte. Serodiagnostik der Syph. mittels, Sachs u. Georgi 793, Nathan 794.
Bruckschc sero-chem. Reaktion b. Syphilis, Auszterveil u. Kallós 685, Brandweiner 686, Gärtner 686, Hauptmann 669, Kämmerer 669, Lorenzutti 685, Müller 670, Nathan 686, Pöhlmann 670, Schindler 685, Schmitz 669, Sklarek u. Levinthal 686, Stephan 685, Stümpke 686, Weichbrodt 670.
Diagnose i. d. Hand d. prakt. Arztes. Technische Syphilis-, Ledermann 605.
*— u. Bhdlg. d. primären Syphilis, Arning u. Jacobstal 614.
— — — d. Syphilis. Wasserm. Reakt. und, Müller u. Finger 633.
Dungernsche Reaktion, Sonntag 637.
Emanuelsche Probe s. Mastixprobe.
Gerinnungsreaktion b. Syphilis, Pfeiler 653, Sordelli u. Fischer 653.
Hirschfeld-Klingersche Reaktion 653.
Klinger-Hirschfeldsche Reaktion 653.
Luetinreaktion, Stanziale 701.
— u. Jodwirkung, Boas 702, Borberg 702 (Bis), Kissmeyer 702.
*— Wassermannsche und, McNeil 785.

Digitized by Google

Mastixprobe d. Rückenmarksflüssigkeit, Ureihia u. Jorgulescu 686.
Mc Donaghsche Reaktion b. Syphilis, Porcelli 524.
Serodiagnostischer Untersuchgn. f. d. Prognose d. abortiv bhdltn. Syphilis. Bedeutung, Perutz 653.
Serologische Serienuntersuchungen, Aahman 652.
Seroreaktion d. Syphilis? Worauf beruht die, Vernes 653.
Spirochätennachweis b. Syphilis, Johan 631, Thoms 631.
Torday-Wienersche Reaktion, Halbey 653.
Wassermannsche Reaktion. Ladd 635. Rouchèse 634, Zeissl 634.
— — u. Modifikation n. Kaup, Blanck 669.
— — im normalen Menschenserum, Krauss 634.
— — im Blutserum, Bauchhöhlenflüssigkeit u. Harn, Kostrzewski 635.
— — Konservierung d. Serums f. die, Ruediger 636.
— — m. Antigenextrakt a. d. Gehirn v. Paralytikern, Olregia, Ureihia u. Carniol 652.
*— — b. Syphilis ignorée, Boas 581.
— — als Zeichen d. Infektiosität d. Lues, Trinchese 631.
— — i. d. neurolog. Praxis, Siebert 632.
— — b. Prostituiertenbehandlung. Wiederholte, Stümpke 632.
*— — Luetin- und, McNeil 785.
Wassermannschen Reaktion. Methodik der, Kaup u. Kretschmer 634.
— — n. Kaup u. Kretschmer. Modifikation der, Blank 669. Müller 669 (Bis).
— — Technische Fehler b. der, Leredde u. Rubinstein 634.
— — dch. Kobragift. Zerstörg. d. Funktion alkohol. Extrakte b. der, Nathan 635.
— — Einfluß d. Seruminaktivierung bei der, Stilling 636.
— — Hamsterkomplement bei der, Reinhardt u. Oeller 637.
— — Spezifität der, Kerl 647, Sonntag 634.
— — Zuverlässigkeit der, Blumenthal 731, Freudenberg 632, Heller 633, Wassermann 632.
— — Versagen der, Oestreicher 634.
— — Bedeutung der, Lux 633.
— — f. Diagnose u. Therapie d. Syphilis. Bedeutung der, Finger u. Müller 633.
— — dch. Schwefel u. Quecksilber. Reaktivation der, Bergeron u. Jouffroy 636.
Wassermannschen Reaktionskörpers dch. Organemulsionen. Absorption des, Mundt 636.
Wiener-Tordaysche Reaktion, Halbey 653.

E. Syphilis der Eingeweide.

Albuminurie u. Syphilis. Orthotische, Stümpke 628.
*Appendizitis Syphilit. Ätiologie der, Boas u. Wissing 823.
Basedowsche Krankheit in syphilit. Familien. Selenew 829.
Diabets insipidus b. e. Luetiker. Hedén 628.
Harn. Wasserm. Reakt. im, Kostrzewski 635.
Harnblase. Syphilit. u. parasyph. Affektionen der, Strackstein 628.
— Lues papulosa der, Hesse 718.
Hodens. Gumma des, Zigler 629.
Leberartrophie. Syphilis u. akute gelbe, Fex 630.
Magenlues. Seubert 630.
Mastdarms. Primäre Syphilis des, Jost u. Gradwohl 630.
Nephritis sicca u. Syphilis. Merklen u. Heuyer 628.
Kardialreflex b. Syphilis. Okulo-, Felix 571.
Rektalstriktur b. e. Syphilitiker. Blennorrhoische, Gaucher u. Le Noir 648.
Speichel b. Syphilis. Verminderg. d. Rhodangehaltes im, Peter 620.
*Viszeralsyphilis. Korczyński 463, 483, 500, 513.
— Pupillenanomalien bei. Noethe 630.
— Stimmgabelprüfung bei. Noethe 630.
Zungenschanker. Levy-Bing u. Gerbay 648.

F. Syphilis der Haut und deren Anhangsgebilde.

Abdomens. Syphilit. Riesenschanker des, Lévy-Bing u. Gerbay 651.
Alopezie. Ausgebreitete syphil. Leukoderma und, Bobowitsch 781.
*Alopecia syphilitica. Liquorveränderungen b. Leukoderma syph. und, Frühwald 815.
Elefantiasis. Syphilitische, Petrow 780.
*Erosiva. Syphilis, Levin 567.
Erytheme b. Syphilis. Ringförmige, Pospelow 830.
Erythema nodosum u. Lues. Stümpke 647.
Leukoderma u. Alopezia. Ausgebreitetes syphilitisches, Bobowitsch 781.
*— syph. u. Alopecia syphilitica. Liquorveränderungen bei, Frühwald 815.
*Livedo racemosa ohne nachweisbare Lues. Alexander 479.
Panaris syphilitica 629.
Paronychie. Syphilitische, Vignolo-Lutati 629.
Sarkoide. Syphilitische, Msareulow 846.

Digitized by Google

Stigmata. Kenntnis u. Differentialdiagnose syphilitischer, Ullmann 647.
Vitiligo syphilitica, Selenew 780.

G. Syphilis des Blutes, des Blut- und Lymphgefäßsystems.

Aortenaneurysma. Abnahme des, Heller 604.
Aortenerkrankungen. Syphilitische, Korcynski 622.
Blutserum der Syphilitiker. Veränderung des Komplements im, Kafka u. Haas 635.
Herzkrankheiten. Syphilis und, Gaucher 622, 650.
*Livedo racemosa ohne nachweisbare Lues, Alexander 479.
Lymphdrüsenapparates wie Pseudoleukämie u. Mykosis fungoides. Syphilis des, Bogolepow 779.
Variköse Erkrankungen und Syphilis, Nobl 628.

H. Syphilis der Gelenke, Knochen, Muskeln.

Nasenskeletts Pseudosyphilit. Veränderungen des, Bogrow 797.

I. Syphilis des Nervensystems.

Epilepsie. Tabes und, Sundahl 620.
Gehirnsyphilis. Trauma, funktionelle Störung und, Siebert 620.
Geisteskranken Neger. Rolle der Syphilis beim, Wenden 604.
Liquor. Mastixprobe im, Ureihia u. Jorgulescu 686.
Liquorbehandlungen u. Untersuchungen b. Syphilitischen, Werther 700.
Liquoruntersuchungen im Sekundärstadium d. Lues, Königstein u. Goldberger 700.
— u. -bhdlgn. b. Syphilitischen, Werther 700.
*Liquorveränderungen b. Alopecia syph. u. Leucoderma syphiliticum, Frühwald 815.
Meningealen Syphilis. Endolumbale Bhdlg. der, Gärtner 766.
Meningitische Erscheingn. bei Neosalvarsan dch. Hg. geheilt, Selenew 797.
Nervenlues, Jendrassik 605.
— m. Quecksilber. Intralumbale Bhdlg. der, Lautmann 733.
Okulo-Kardialreflex b. Syphilis, Felix 571.
Paralyse. Krieg und, Pilcz 621.
— u. Tabes im Lichte d. modernen Syphilisforschung, Jahnel 621.
Paralysebehandlung. Wagnersche, Müller 621.
Paralytikern. Wasserm. Reakt. m. Antigenextrakt a. d. Gehirn von, Olregia, Ureihia u. Carniol 652.
Pupillenanomalien b. viszeraler Lues, Noethe 630.
Robertsonsches Phänomen b. nichtsyphilit. Krankheiten, Maas 622.
Tabes u. Epilepsie, Sundahl 620.
— u. Paralyse im Lichte d. modernen Syphilisforschung, Jahnel 621.
— Neosalvarsan bei, Karczag 621.
*Zentralnervensystems b. akquir. u. kongenit. Syphilis. Pathol.-anatom. Veränderungen des, Wohlwill 843.

K. Syphilis der Sinnesorgane.

Augensyphilis. Bhdlg. der, Poulard 629.
Nasenskeletts. Pseudosyphilit. Veränderungen des, Bogrow 797.
Okulo-Kardialreflex b. Syphilis, Felix 571.
Pupillenanomalien b. viszeraler Lues, Noethe 630.
Robertsonsches Phänomen b. nichtsyphilit. Krankheiten, Maas 622.
Stimmgabelprüfung b. viszeraler Lues, Noethe 630.
Tränendrüse. Luet. Entzündung der, Giulini 629.

L. Behandlung der Syphilis.

Abortiv behandelten Syphilis. Bedeutg. serodiagnost. Untersuchgn. f. d. Prognose der, Perutz 653.
Abortivbehandlung d. Syphilis, Frühwald 732.
— d. Lues dch. Salvarsan-Natrium, Berent 605.
Arsol b. Syphilis, Meschtscherski u. Bogrow 829.
Behandlung der Syphilis, Herxheimer u. Hoehne 734.
— — — Praktische, Chevalier 732.
— d. frischen Syphilis, Gaucher 651.
— Fieber in der Syphilis-, Kyrle 732, Weiss 732.
*— u. Erkenntnis der primären Syphilis. Arning u. Jacobsthal 614.
— — — d. Syphilis. Wasserm. Reakt. und, Müller u. Finger 633.
— die Zahl der Syphilisfälle reduziert? Hat die moderne Syphilis-, Dreuw 718.
Benzarsan b. Syphilis, Bogrow 846.
*Eindämmung der, Bauer u. Delbanco 696.
Galyl. Spätikterus nach. Golay 651.
Jodtherapie d. Syphilis. Intravenöse, Engwer 734 (Bis).
*Kontraluesin-Behandlung im Felde, Richter 615.
*Lusal, internes Antiluetikum, Odstrčil 531.

Digitized by Google

Merkurialisiertes Serum u. Sublimat, Pittenger 733.
Milchinjektionen b. Syphilis. Intramuskuläre, Scherber 734.
Neosalvarsan b. Tabes dorsalis, Karczag 621.
— dch. Hg. geheilt. Meningitische Erscheinungen bei, Selenew 797.
Novasurol b. Syphilis, Zieler 733.
Quecksilber b. Syphilis. Kolloidales, Hedèn 732.
— Intralumbale Bhdlg. d. Nervensyphilis mit, Lautmann 733.
— geheilt. Meningitische Erscheinungen b. Neosalvarsan durch, Selenew 797.
— Reaktivation d. Wasserm. Reak. dch. Schwefel und, Bergeron u. Jouffroy 636.
*— Abszesse nach Salizyl-, Buschke 764.
— u. Salvarsan b. Syphilis, Scholtz 749.
— — — Spätikterus nach, Rehder u. Beckmann 766.
Quecksilbers auf Syphilis. Wirkung des, Lomholt u. Kissmeyer 732.
— u. Neosalvarsans. Nebenwirkungen des, Hoffmann 747.
Quecksilberbehandlung. Grundsätze der, Zieler 733.
— als Ursache v. Albuminurie, Forstman 647.
Salvarsan, Lüth 749, Naegeli 747 (Bis), Rosenquist 777.
— Sterilisation d. Syph. durch, 650, Blum Bralez 652.
— u. Hg. b. Syphilis, Scholtz 749.
— od. das deutsche Gift, Gaucher 649.
— Ferreinsches 846.
— Russisches, 829.
Salvarsannatrium, Glombitza 765, Hoffmann 765.
*Salvarsanpräparate. Neue, Kolle 791, *799.
Schwefelhaltige Mineralwässer b. Syphilis, Durand-Fardel 734.
Sublimat. Merkurialisiertes Serum und Pittenger 733.
Sublimatlösungen. Einspritzgn. starker, Kakuschkin 796.
Vamianine b. Syphilis. Unwirksamkeit des, Pasini 524.
Venarsan b. Syphilis, Heidingsfeld 781.

II. Erbsyphilis.

Alopecia areata b. Hereditär-Syphilitischen, Sabouraud 619.
Behandlung der erbsyph. Kinder in Berlin. Ambulante. Cassel 619.
Hereditärsyphilitiker. Erstlingsexanthem bei einem, Rhodin 619.
Kongenitalen Syphilis. Pathogenese u. Symptome der, Heimann 606.
— — Wenig bekannte Erscheinungsformen der, Sabouraud 618.
Kongenitaler Lues. Fürsorge bei, Pfaundler 605.
Ohrlabyrinth. Heredit. Syph. im, Mehler 619.
Pericholangitis gummosa u. Pneumonia syphilitica, Dutsch 630.
Pneumonia syphilitica u. Pericholangitis gummosa, Dutsch 630.
Quecksilber u. Neosalvarsan b. kongenit. Lues, Samelson 619.
Salvarsan a. d. kongenit. Syphilis d. Fötus. Wirkung des, Mayer 619.
— u. Hg. b. kongenit. Lues, Samelson 619.
Zähnen. Stigma der Erbsyphilis an den, Mozer u. Chenet 618, Sabouraud 618.
*Zentralnervensystems b. akquir. u. kongenit. Syphilis. Pathol.-anatom. Veränderg. des, Wohlwill 843.

Talgdrüsenepithelioms. Klinik u. Histopathologie des, Spiethoff 717.
Teerschädigung d. unbedeckten u. belichteten Körperhaut. Vaseline- und, Frieboes 646.
*Terpentins b. d. parenteralen Injektion. Anwendg. u. Wirkg. des, Grabisch 624.
Trauma s. Syphilis I, A.
Trichophytie. Pathogenese d. sekundären, Pedersen 646.
*Trichophytien. Bhdlg. der, Antoni 775.
Trichophyton violaceum eine selbständige Art? Ist das, Tscherasgabow 829.
Tripper s. Blennorrhoe, Gonorrhoe.
*Tripperheilung. Lugolsche Lösung z. Feststellung der, Gross 639.
*Trypaflavins. Tiefenwirkung des, Abelmann u. Liesegang 697.
*Tuberculosis cutis ulcerosa serpiginosa universalis, Porten 783.
— s. Hauttuberkulose.
Tuberkulide, Arning 604.
— u. Hauttuberkulose b. Heeresangehörigen, Callomon 646.
Tuberkuliden. Wasserm. Reakt. bei, Kerl 647.
Tuberkulinbehandlung nach Ponndorf. Kutane, Wichmann 589.
Tuberkulineinspritzung b. Lupus vulgaris. Fokalreaktion nach, Fönss 589.
*Tuberkulininjektionen. Mehrfache Querfurchenbildg. d. Nägel nach, Fischer 495.
Tuberkulinproben. Diagnost. Verwertbarkeit d. Sensibilisierung b. wiederholten kutanen, Lindberg 589.

Digitized by Google

Tuberkulinreaktion. Gaumenaffektion mit positiver, Sprenger 792.
Tuberkulose. Lupus pernio, Sarkoide und, Schaumann 571.
— Klinik u. Therapie d. Schleimhaut-, Spitzer 589.
— n. Beschneidung, Kudisch 780.
— Disposition d. Nebennieren zur, Hansemann 590.
— Analyse d. Immunität b. chirurgischer, Müller 588.
— Abderhaldensche Reaktion bei, Datto 588.
— Wasserm. Reakt. bei, Kerl 647.
— Heilwirkg. spontaner Antikörperbildg. in der Haut auf äußere u. innere, Wichmann 588.
— Kupferbhdlg. d. äußeren, Strauss 588.
— Künstl. Lichtbäder b. chirurgischer. Hansen 603, Reyn u. Ernst 603.
— s. Hauttuberkulose.
Typhus exanthematicus s. Fleckfieber.
— recurrens dch. Läuse. Übertragg. des, Goldberg 555.
— s. Flecktyphus.

Ulcus molle ani b. e. Knaben, Pospelow 797.
Urethrozele, Müller 683.
Urticaria oedematosa chronica. Meynet u. Fenestre 650.
— pigmentosa 792.

Vagina s. Schanker.
Vakzine. Kultivierung d. Erreger der. Greeley 508.
— immunisierten Kühe. Variolisierung der gegen, Wurtz u. Huon 508.
— s. Blennorrhoe.
Vakzinia generalisata, Salèn 573.
Variköse Erkrankungen und Syphilis. Nobl 628.
Variola s. Pocken.
Variolisierung der gg. Vakzine immunisierten Kühe, Wurtz u. Huon 508.
Variolosa s. Purpura.
Varizellen. Maligne hämorrhagische, May 493.
— Kultivierung d. Erreger der, Greely 508.
— Komplementbindung bei, Dold 493.
Vaselineschädigung d. unbedeckten u. belichteten Haut. Teer- und, Frieboes 646.
Verbände. Abschließende, Hammer 793.
Vitiligo syphilitica, Selenew 780.
Vorhautgeschwüre, Verband für, Bogrow 846.

*Wärme bei Gonorrhoe, Cronquist 737.
Warzenbildung a. d. Fußsohlen, Tschastrow 846.
Waschmittel. Medizinische Ton-, Heller 717.
Wassermannsche Reaktion b. Fleckfieber, Bittorf 572.
— b. Tbc. u. Tuberkuliden, Kerl 647.
*H. Wossidlo †, Kulisch 473.
Wundinfektion. Histol. u. klin. Btrge. z. anaëroben, Jüngling 574.

Xanthom? Universelles, Rost 792.
Xanthome, Krylow 779.
Xeroderma pigmentosum, Herxheimer 793.

Zinkhüttenarbeiten. Chlorakneähnliche Hauterkrankungen bei, Muthmann 476.
*Zoniforme Hauterkrankungen. Strichförmige und, Unna 591.
Zoster d. Plexus lumbalis et sacralis n. Meningitis, Netter 477.
Zunge s. Pruritus.

Digitized by Google

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten.

Aahman, G., Serologische Serienuntersuchungen 652.
*Abelmann, Arthur, u. Liesegang, K. E., Über die Tiefenwirkung des Trypaflavins 697.
*Alexander, Arthur, Über Livedo racemosa ohne nachweisbare Lues 479.
Altmann, 814.
*Antoni, Zur Bhdlg. d. Trichophytien 775.
Arneth (Münster), Über Fleckfieber u. Entlausung 540.
Arning, Ed., Tuberkulide 604.
*— u. Jacobsthal, E., Leitsätze des Ärzte-Kurses über „Erkenntnis u. Bhdlg. der primären Syphilis" 614.
Arnstein, Alfred, Zur Bewertg. d. Weil-Felixschen Fleckfieberreaktion 554.
Arullani, Pier Francesco, Üb. einen Fall v. tödlich verlaufendem idiopathischem Erythem 477.
Auer, Adolf, s. Hesse.
Auszterveil u. Kallós, Zur sero-chem. Reaktion bei Syphilis nach Bruck 685.

Baer, Th., Dermatitis herpetiformis 793.
— Fall zur Diagnose 793.
Ballner, F., u. Finger, A., Über die Weil-Felixsche Proteusreaktion m. d. Harne Fleckfieberkranker 554.
Barabás, Zoltán, s. Bardachzi.
Bardachzi, Franz, u. Barabás, Zoltán, Über rudimentär ausgebildetes Fleckfieber 510.
*Bauer, J., u. Delbanco, E., Zur Eindämmung der Syphilis 696.
Beck, S. C., Über die Hautkrankheiten im Kriege 541.
Becker, Ferdinand 782.
Beckmann, Wilh., s. Rehder.
Berent, Ein Fall von Reinfectio luetica (Abortivbehandlung der Lues dch. Salvarsan-Natrium) 605.
Bergeron, André, u. Jouffroy, Camille, Die „Reaktivation" d. Wasserm. Reaktion dch. Einspritzgn. von Schwefel u. Quecksilber 636.
Bessonow, Zur Kasuistik d. schweren Hg-Stomatitiden m. bes. stark ausgeprägter Affektion d. Zunge 777.
Beyer (Kiel), Die Alveolarpyorrhoe, ihr Erreger u. die weiteren Erfahrungen üb. die Bhdlg. mit Neosalvarsan 814.
Bittorf, Auftreten Wassermannscher Reakt. b. Fleckfieber 572.
Blanck, Theodor, Die Originalmethode der Wasserm. Reakt. u. die quantitative Methode nach Kaup 669.
Blaschko, A., Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Berlin 525, 717.
Blum u. Bralez, Wie man die Syphilis mit Salvarsan sterilisiert 652.
Blumenthal, Franz, Zur Frage der Zuverlässigkeit der Wassermannschen Reaktion 731.
*Boas, Harald, Das Verhältnis der Wasserm. Reakt. bei Syphilis ignorée 581.
— Über Luetinreaktion u. Jodwirkung 702.
*— u. Wissing, Ove, Untersuchgn. üb. die syphilit. Ätiologie der Appendizitis 823.
Bobowitsch, Ein Fall von ausgebreitetem syphilit. Leukoderma u. Alopezia 781.
— Ein Fall von Arsenkeratose u. vielfachen Hautepitheliomen 845.
Böing, Über die Dauer des Impfschutzes 509 (Bis).
Bogolepow, Ein eigentüml. Fall v. Syphilis des Lymphdrüsenapparates u. d Haut, welcher unter d. Bilde einer Pseudoleukämie (Granuloma malignum Sternberg-Benda) und Mykosis fungoides (Forme erythrodermique) oder der Hautform d. Pseudoleukämie verlief 779.
Bogrow, Zur Frage d. Bhdlg. d. intraurethralen Follikulitiden m. Röntgenstrahlen 796.
— Zur Anatomie d. Orientbeule u. der sie begleitenden Lymphangitiden 797.

Digitized by Google

Bogrow, Zur Frage der pseudosyphilit. Veränderngn. des Nasenskelettes 797.
— Ein einfacher Verband f. Ulzera d. äußeren Blattes der Vorhaut 846.
— Zur Anwendg. d. Ferreinschen Salvarsans, genannt Benzarsan 846.
— Ein Fall von blennorrhoischer Keratosis d. Haut u. d. Schleimhaut d. Mundes 846.
— u. Grintschev, Hektin b. Bhdlg. d. Orientbeule 797.
— s. Meschtscherski.
Bontemps, Hans, Eine einfache u. Meerschweinchen ersparende Methode zur Komplementgewinnung 637.
Borberg, N. C., Üb. Luetinreaktion u. Jodwirkung 702.
— Über die Spezifität d. Luetinreaktion 702.
Borowskaja, Z. Bhdlg. d. Blennorrhoe d. Frauen u. Kinder m. Vakzine 830.
Bors, Ludwig, Ein geheilter Fall bösartigster schwarzer Blattern 505.
Boudreau, Eugene N., Syphilis bei Verbrechern 604.
*Bozi, Das Bielefelder Verfahren z. Bekämpfung der Prostitution 642.
Bralez s. Blum.
Brandweiner, A., Üb. die sero-chem. Syphilisreaktion nach Bruck 686.
Brauer, A., Absichtlich erzeugte Hautkrankheiten 646.
Braun, H., u. Salomon, R., Üb. den Fleckfieber-Proteusbazillus (Weil-Felix). Zugleich ein Btrg. z. Wesen der Weil-Felixschen Reaktion auf Fleckfieber 541.
Brocq, L., Prakt. Erwägungen zur Strahlentherapie 571.
*Bruck, Carl, Zur Gonorrhoeprophylaxe 668.
Burkhard, H., Zur Pathogenese der idiopathischen Hautatrophie 718.
*Buschke, A., Edmund Lesser 520.
*— Üb. Abszesse u. intramuskul. Injekt. v. Hydrargyrum salicyl. m. verunreinigtem Paraffin 764.
Buttersack, Fernwirkungen absorbierten Lichtes 654.

Callomon, Fritz, Hauttuberkulose u. Tuberkulide b. Heeresangehörigen 646.
— Der dermatol. Krankenbestand d. Reservelazarettes B. wd. 26 Kriegsmonaten 798.
Cammerloher, Charakteristische Krankheitsbilder 574.
Cančik, Josef, Das Vorkommen der Weil-Felixschen Reaktion b. Fleckfieber vom Balkankriegsschauplatz 553.
Carniol, A., s. Olregia.
Cassel, Zur ambulanten Bhdlg. d. erbsyph. Kinder in Berlin 619.
Ceelen (Berlin), Projektion von Präparaten von Fleckfieber 555.
Chenet, Charles, s. Mozer.
Chevalier, Paul, Die prakt. Bhdlg. d. Syphilis 732.
Chotzen, Martin, Die zukünftige Bekämpfg. der Geschlechtskrankheiten 670.
Courtade, A., Betrachtgn. üb. die venerischen Krankheiten u. die Schwierigkeiten ihrer Verhütung 648.
— Beobachtg. weichen Schankers d. Vagina 650.
*Cronquist, Curt, Erwägungen üb. die Versuche, die Gonorrhoe mittels Wärme zu beeinflussen 737.
Csépal, Carl, Btrge. z. Erläuterung d. Weil-Felixschen Reaktion 554.
— Ein Fleckfieberdiagnostikum 556.
Csernel, Eugen, Üb. eine anaphylakt. Reakt. bei Fleckfieber 572.

Dacco, Emilio, Artifizielle Hautkrankheiten b. Soldaten 524 (Bis).
Datto, Luduvico, Untersuchgn. üb. die Abderhaldensche Reaktion bei Tuberkulose 588.
Decrop s. Lacapère.
Delbanco, E., s. Bauer.
— 791.
Dietrich, Btrge. z. Weil-Felixschen Reaktion beim Fleckfieber 553.
Dold, Über Komplementbindg. b. Varizellen 493.
Dreuw, Hat die „moderne" Syphilistherapie die Zahl der Syphilisfälle reduziert? 718.
Drexler, Fritz, Üb. den Wert verschiedener Provokationsmethoden bei Blennorrhoe 731.
Dumitresco (Mante), Die intradermale Reaktion im Verlauf des Typhus exanthematicus, ihre prognost. Bedeutung 556.
Durand-Fardel, Die Bhdlg. der Syphilis mit schwefelhaltigen Mineralwässern 734.
Dutsch, Karl Theodor, Pericholangitis gummosa u. Pneumonia syphilitica b. e. fast zweijährigen Kinde 630.

*Ebstein, Erich, Über das Vorkommen der Flughautbildung beim Menschen 607.
Ehrmann, S., Üb. den Zusammenhang von Pruritis, Dermographismus u. Dermatitis lichenoides pruriens (Lichen simplex chronicus, Lichen circumscriptus Vidal), Ekzema nummulare (Lichenifikation, Ekzematisation), sowie der Lichtsensibilisierung der Haut mit viszeralen und gastro-intestinalen Störungen 731.
Eichhorst, Hermann, Btrge. z. Kenntnis der Alkoholneuritis 477.
Elkeles, G., Vergleichende Untersuchgn. am Blute von Fleckfieberkranken 555.

Digitized by Google

Engwer, Über intravenöse Jodtherapie d. Syphilis 734.
— Üb. intravenöse Jodinjektionen b. Syphilis u. Beziehungen d. Jods zum Blutbilde u. Blutdruck 734.
Epstein, Emil, u. Morawetz, Gustav, Zur Serodiagnostik d. Fleckfiebers 556.
Ernst, N. P., s. Reyn.

Fabry, J. 791.
Fantl, Gustav, Die Hahnenfußdermatitis als Selbstbeschädigungsform 476.
Favre, M., u. Massia, Arsenobenzoleinspritzungen in konzentrierter Lösung 781.
Feilchenfeld, Leopold, Die diuretische Wirkg. der Kriegskost 798.
Felix, A., s. Weil.
Felix, Jean, Notiz üb. den Zustand des Okulo-Kardialreflexes bei Syphilis 571.
Fenestre, H., s. Meynet.
Fex, J., Syphilis u. akute gelbe Leberatrophie 630.
Finger, A., s. Ballner.
Finger, Ernst 558.
— u. Müller, Welche Bedeutg. besitzt die Wassermannsche Reaktion f. Diagnose u. Therapie d. Syphilis 633.
Fischer, Hermann, s. Sordelli.
*Fischer, W., Üb. mehrfache Querfurchenbildg. d. Nägel nach Tuberkulininjektionen u. bei Malaria 495.
Fischl, Friedrich, Über Neosalvarsanbhdlg. schwerer Fälle von Erythema multiforme 477.
Fönss, Aage L., Fokalreaktion nach Tuberkulineinspritzung b. Lupus vulgaris 589.
Fouyó, J., Zur Epidemiologie u. Prophylaxe des Fleckfiebers 526, 536.
Forstmann, J., Über Quecksilberbhdlg. b. Syphilis als Ursache von Albuminurie 647.
Fraenkel, Eugen, Über Fleckfieberroseola 526.
Frankel, Bernh., Pseudo-Scharlach 491.
Freudenberg, A., Zur Zuverlässigkeit d. Wassermannschen Reaktion b. Syphilis 632.
*Freund, Leopold, Die Röntgenbhdlg. d. parasitären Erkrankgn. d. behaarten Kopfes im Kriege 719.
Frieboes, W., Vaseline- u. Teerschädigung d. unbedeckten und belichteten Körperhaut 646.
Friedberger, Über Immunitätsreaktionen m. d. Bazillus Weil-Felix u. über seine ätiol. Bedeutg. f. d. Fleckfieber 554.
Friedemann, Ulrich, Üb. Pockenerkrankg. m. bes. Berücksichtgg. d. Diagnose 494.
— u. Gins, Experimentelle Untersuchgn. üb. die Übertragg. d. Pocken 507.
Friedländer, Können wir Ärzte a. d. Gebiete der Hautkrankheiten sehr wesentliche Fettersparnisse machen? 542.
Frühwald, Richard, Über Abortivbehandlung der Syphilis 732.
*— Über Liquorveränderungen bei Alopecia syphilitica und Leucoderma syphiliticum 815.
Fuld, E., Prakt. Bemerkgn. z. Ätiologie d. Fleckfiebers 537.

Gärtner, W., Die Brucksche Globulinfällungsreaktion in den einzelnen Stadien d. Syphilis. Zugleich ein Btrg. z. Wesen dieser Reaktion 686.
— Üb. unsere Technik u. das Instrumentarium zur endolumbalen Bhdlg. d. meningealen Syphilis 766.
*Galewsky u. Weiser, Weitere Erfahrgn. üb. die Heilung d. plastischen Induration d. Penis durch Röntgenbestrahlung 575.
Gaucher, Syphilis u. Herzkrankheiten 622, 650.
— Das Salvarsan oder das deutsche Gift 648.
— Bhdlg. d. frischen Syphilis 651.
— u. Le Noir, Striktur d. Rektums blennorrhoischen Ursprunges b. e. Syphilitiker 648.
Gennerich 792, 795.
von Genersich, Anton 478.
Georgi, W., s. Sachs, H.
Gerbay s. Lévy-Bing.
Gerber (Königsberg), Die Untersuchung der Mundhöhle 782.
— Nochmals: Die lokalen Spirochätosen d. Mundrachenhöhle (Bemerkgn. z. Aufsatz von Kolle: Spirochätenbefunde und Salvarsan b. Aleolarpyorrhoe) 813.
Gergely, Josef, Untersuchungsergebnisse m. d. Weil-Felixschen Fleckfieberagglutination 554.
von Gerlóczy, Sigmund, u. Vas, Bernhard, Üb. den diff.-diagnost. Wert der Paulschen Variolareaktion 506.
Gins, H. A., Einige Bemerkgn. zu Böings Kritik 509.
— s. Friedemann.
Ginzberg, Dauer des Pockenimpfschutzes 508.
Giulini, Hans, Btrge. z. luetischen Entzündung der Tränendrüse 629.
Glombitza, Salvarsannatrium als intravenöse Injektion in hochkonzentrierter Lösung 765.
Gmeiner, Fritz, 574.
Göppert, F., Die Mittelohrerkrankungen b. Masern u. Scharlach 492.
Golay, J., Spätikterus nach Neosalvarsan u. Galyl 651.

Digitized by Google

Goldberg, L., Krit. Bemerkgn. z. Übertragg. d. Typhus recurrens dch. die Läuse 555.
Goldberger, Paul, s. Königstein.
Goldfarb (Lodz), Zwei Fälle von Salvarsandermatitis 731.
Gougerot u. Clara, Generalisierte punktförmige warzige Papillomatose 648.
— — Erythemato-squamöser Plaque, papulosquamöse (und bisweilen hornige) Punktuationen linearer Anordnung, Acné cornée u. Lichen spiculosus 651.
*Grabisch, Alfons, Anwendung u. Wirkg. d. Terpentius b. d. parenteralen Injektion 624.
Greeley, Horace, Kultivierung der Erreger der Vakzine, Variola und Varizellen 508.
Greiff (Worms), Erythema induratum Bazin 793.
Grey, Edward, Röteln oder deutsche Masern 492.
Grigorjew, Zur Frage d. multiplen idiopath. hämorrhagischen Sarkoms d. Haut Kaposi 796.
Grintschev s. Bogrow.
*Gross, B. G., Lugolsche Lösung z. Feststellg. der Tripperheilung 639.
Gross, H., Der Mechanismus der Lymphstauung 525.
*Guszmann, Josef, Untersuchgn. üb. die Wirkg. d. Milchinjektionen a. d. Verlauf des weichen Schankers 807.
— Z. Frage der Bekämpfg. der venerischen Krankheiten 542.

Haas s. Kafka.
Hahn, R. 718.
Halbey (Kattowitz), Die Torday-Wienersche Reaktion (Gold-, Zyan-, Aldehyd-, Essigsäure- Reaktion) u. ihre Bedeutg. f. d. Diagnose der Syphilis 653.
Hallenberger (Kiel), Btrg. z. Ätiologie d. Pocken 573.
— Z. Komplementbindg. b. Variola 506.
Hamdi-Haïdar, H., Üb. die Ergebnisse der Immunisierungsversuche gg. Typhus exanthematicus 557.
Hammer, F., Über abschließende Verbände 793.
— Abreibesand zur Nachbhdlg. von parakeratotischen Zuständen nach Hautkrankheiten 793.
— Betrachtgn. über Hautentzündung u. Kriegserfahrgn. b. Hautkrankheiten 647.
v. Hansemann, D., Die Disposition d. Nebennieren zur Tuberkulose 590.
Hansen (Hadersleben), Fleckfiebererkennung 510.
Hansen, Axel, Klin. Betrachtgn. üb. die Einwirkg. der Kohlenbogenlichtbäder a. d. Blut bei Patienten, die an Lupus vulgaris u. chirurg. Tuberkulose leiden 603.
Hanssen, Peter, Geschichte der Pocken in Schleswig- Holstein 750.
Hauptmann, Zur Bruckschen sero-chemischen Reaktion bei Syphilis 669.
Hauser, Zur Ätiologie d. Fleckfiebers 537.
Hedén, Karl, Studien üb. das kolloidale Quecksilber u. dessen Anwendg. b. Syphilis 732.
— Ein Fall von Diabetes insipidus b. e. Luektiker 628.
Heidingsfeld, M. L., Syphilit. Infektion am Nacken durch Toiletteseife 605.
— Venarsan b. Syphilis 781.
Heimann, Walter James, Über kongenitale Syphilis, Pathogenese u. Symptome 606.
Heller, Julius, Kritisches zur modernen Syphilislehre. IV. Ist ein Einfluß der Verbesserung der Therapie auf die Zahl der dch. Sektion nachgewiesenen Fälle von Aortenneurysma in den letzten 55 Jahren nachweisbar? 604.
— Zur Frage der Zuverlässigkeit d. Wasserm. Reaktion 633.
— Üb. medizinische Tonwaschmittel und fettlose Salbengrundlagen 717.
Herrmann, Charles, Beobachtgn. üb. Masern 492.
Herxheimer, Sclerodermia circumscripta 793.
— Orientbeule 793.
— Xeroderma pigmentosum 793.
— u. Hoehne, Fritz, Die Therapie der Lues 734.
Hesse, E., Lues papulosa vesicae 718.
*Hesse, Max, u. Auer, Adolf, Eine neue Behandlungsmethode der Bartholinitis 771.
Hetsch, Der heutige Stand unserer Kenntnisse vom Fleckfieber 509.
Heuyer, G., s. Merklen.
Heymann, Bruno, Btrge. z. Frage von der Beteiligung der Kopflaus an der Fleckfieberverbreitung 538.
Hirsch, Cäsar, Die Desinfektion d. Hände mit Thymolspiritus 814.
Höhn, J., Üb. eine ungewöhnl. Komplikation v. Scharlach 478.
Hoehne, Fritz, s. Herxheimer.
Hoffmann, Carl Albin, Üb. Nebenwirkg. des Quecksilbers u. des Neosalvarsans bei kombinierter Behandlung 747.
Hoffmann, Erich, Geleitwort zum 25. Bd. der Dermatologischen Zeitschrift 557.
— Weitere Erfahrgn. üb. Salvarsannatrium 765.
— 542, 792.

Digitized by Google

*Hofmann, Hans, Prophylaxe der Gonorrhoe b. Männern 570.
*— Zur Gonorrhoeprophylaxe 813.
Howard, William, Lee 590.
Huon s. Wurtz.

Isaac, Rudolf 542.
Iwanow, Ein Fall von Spätatrophie d. Haut nach Anwendung von X-Strahlen b. Hypertrichosis 778.
— Üb. die Hautkrankheiten zur Kriegszeit 830.

Jacobsthal, E., s. Arning.
Jahnel, Paralyse u. Tabes im Lichte der modernen Syphilisforschung 621.
Jakimow u. Schokor, Materialien z. Frage der Haut-Leishmaniose (Orientbeule) im turkestanischen Kreise 778.
Jendrassik, Allgemeine Betrachtgn. üb. die Syphilis u. spez. üb. die Nervenlues 605.
Jesionek, Albert 670.
Jessner, S., Bartflechten u. Flechten im Barte 571.
— Furunkulosis u. andere kokkogene Hautleiden (Impetigo, Erysipel usw.) 571.
Johan jun, R., Üb. d. Spirochätennachweis bei Syphilis 631.
Jones, Frederick, E., 814.
Jordan, A., Ein Fall v. Epidermolysis bullosa heredit. dystrophica 779.
Jorgulescu, N., s. Ureihia.
Jost, W. E. u. Gradwohl, R. B. H., Primäre Syphilis d. Mastdarms 630.
Jouffroy, Camille, s. Bergeron.
Jüngling, Otto, Histolog. u. klin. Btrg. zur anaeroben Wundinfektion 574.
Jürgens, Über epidemiologische Beobachtgn. üb. Pocken 493.
Justiz, L., Zur Therapie d. Blattern 507.

Kämmerer, M., Bemerkgn. üb. das Wesen der Bruckschen sero-chemischen Syphilisreaktion 669.
Kafemann, R., Das Problem des persönl. Syphilisschutzes u. seine Lösung 782.
Kafka, V., u. Haas, Üb. die Veränderg. d. hämolyt. Komponenten, bes. des Komplements im Blutserum d. Syphilitiker 635.
Kakuschkin, Zur Frage der therapeut. Wirkg. von Einspritzgn. starker Sublimatlösungen 796.
Kallós, s. Auszterveil.
Karczag, Die Bhdlg. d. Tabes dorsalis mit Neosalvarsan nach Leredde 621.
*Kaufmann-Wolf, Marie, Üb. Latenzstadien b. e. chron. Pilzerkrankung 812.
Kaup u. Kretschmer, Kritik d. Methodik d. Wasserm. Reakt. u. neue Vorschläge f. d. quantitat. Messung d. Komplementbindung 634.
Kerl, Wilhelm, Zur Frage der Spezifität der Wasserm. Reakt., insbes. üb. den Ausfall b. Tuberkulose u. Tuberkuliden 647.
— u. Koch, H., Üb. Ursachen d. Ausbleibens von Herdreaktionen 647.
— 670.
Kissmeyer, A., Luetinreaktion — eine Jodwirkung 702.
— s. Lomholt.
Klingmüller, V., Saure Bäder 717.
Koch, Herbert, Über ein makulöses Exanthem b. Diabetes mellitus 647.
— s. Kerl.
Koch, R., Üb. Serumtherapie b. Scharlach 492.
Königstein, Hans, u. Goldberger, Paul, Liquoruntersuchungen im Sekundärstadium der Lues 700.
Kolle, W., Spirochätenbefunde u. Salvarsan b. Alveolarpyorrhoe 558.
*— Experimentelle Studien zu Ehrlichs Salvarsantherapie der Spirochätenkrankheiten und über neue Salvarsanpräparate 791, *799.
— Schlußbemerkgn. z. d. Arbeit v. Gerber 814.
Konried, Albert 686.
Korach, Über traumatischen Scharlach 478.
*Ritt. v. Korczyński, L., Mitteilgn. üb. Viszeralsyphilis 463, 483, 500, 513.
— Syphilit. Aortenerkrankungen 622.
Kostrzewski, J., Üb. die Wasserm. Reakt. im Blutserum, Bauchhöhlenflüssigkeit u. Harn eines u. desselben Kranken 635.
*Kraus, Alfred, Erfahrgn. üb. Milchtherapie bei Hautkrankheiten m. bes. Berücksichtgg. parasitärer Hauterkrankungen 857.
Kraus, Rudolf, Ungelöste Probleme der Lepra-Forschung 587.
Krause, Charlotte, Üb. Serumtherapie b. Scharlach 491, 492.
Krauss, Friederike, Üb. die Wasserm. Reakt. im normalen Menschenserum 634.
Kreibich, C., Zur Pathogenese der Psoriasis 647.
— Zur Kenntnis der Schweißdrüsenkörperchen 647.
*— Oedema Quincke m. Ausgang in nekrotisierende Entzündg. u. Atrophie 671.
Kretschmer s. Kaup.
Krohne, Empfängnisverhütung, künstliche Unfruchtbarkeit und Schwangerschaftsunterbrechung vom bevölkerungspolitischen und ärztlichen Standpunkt 557.

Digitized by Google

Kropeit (Hamburg), Die Sondierung der Samenblasen 683.
Krotoszyner, Martin 590.
Krüger, Hugo, s. Mauss.
Krylow, Zur Lehre der Xanthome 779.
v. Krzysztalowicz, Franz, Ein Fall von Pityriasis lichenoides chron. (Parakeratosis variegata, Parapsoriasis, Erythrodermie pityriasique usw.) 647.
*— Erfahrungen m. Radiumbehandlung 751.
Kudisch, Ein Fall von Infektion mit Tuberkulose im Anschluß an die Beschneidung 780.
*Kulisch, G., H. Wossidlo † 473.
Kulka, W., Zur Therapie d. Blattern 507.
— Zur Kaliumpermanganatbhdlg. d. Variola 508.
Kyrle, J., Üb. chronische Diphtherie d. Haut u. Schleimhaut 647.
— Fieber, ein wesentl. Heilfaktor in der Syphilistherapie 732.

Lacapère u. Decrop, Die Syphilis in den arabischen Ländern, die Ansteckungsweisen: statistische Bemerkung 649.
— Allgemeine Charaktere u. Entwicklg. d. syphilit. Schankers b. d. Araber 652.
Ladd, John M., Eintausend Wassermannsche Reaktionen 635.
*Lain, Everett S., Strahlende Energie in der Bhdlg. der Hautkrankheiten 759.
Lane, John E., Ein Fall von Lepra in Connecticut 587.
Lautmann, Maurice F., Eine neue Methode zur intralumbalen Bhdlg. der Nervensyphilis mittels Quecksilber 733.
Ledermann, Die technische Syphilisdiagnose in der Hand d. prakt. Arztes 605.
Lee, A. W., s. Morrow.
Lentz (Berlin) 795.
Leredde u. Rubinstein, Die technischen Fehler b. d. Wasserm. Reaktion 634.
Lesser, Edmund, 478, 520.
— Fritz 795.
*Levin, Ernst, Syphilis erosiva 567.
— 654.
Levinthal, Walther, s. Sklarek.
Levy-Bing 478.
— u. Gerbay, Zwei Fälle von Zungenschanker 648.
— — Syphilit. Riesenschanker d. Abdomens 651.
Lewandowsky, Felix 478.
Lewtschenko, Üb. die Bhdlg. des Lupus vulg. m. Kohlensäureschnee 796.
Liesegang, R. E., s. Abelmann.
Lilienthal, Zur Technik der Salvarsaninjektion 765.
Lindberg, G., Üb. die diagnost. Verwertbarkeit der bei wiederholten kutanen Tuberkulinproben auftretenden Sensibilisierung 589.
Linser (Tübingen) 791.
Lipschütz, B., Einige klinisch-dermatolog. Bemerkgn. üb. Fleckfieber 525.
Loeb, Heinrich, Zum Nachweis der Gonokokken 646.
Lomhold, Svend, Ein Fall v. universeller desquamativer Erythrodermie u. Nephritis dch. Gebrauch v. quecksilberhaltiger Salbe 476.
— Üb. eine pulmonale Form der Neosalvarsanintoxikation 717.
— u. Kissmeyer, A., Zur Wirkung des Quecksilbers auf Syphilis 732.
Lorenzutti, Lorenzo, Die Brucksche Syphilisreaktion 685.
Lüth, W., Zur Salvarsantherapie 749.
Lux, Heinrich, Btrg. z. prakt. Bedeutg. der Wasserm. Reaktion 633.
di Luzenberger, Augusto, Üb. rückläufige (zentrifugale) Massage b. Erfrierungen 476.

Maas, Otto, Robertsonsches Phänomen b. nichtsyphilit. Krankheiten 622.
Mahler, L., Über hereditäre Syphilis im Ohrlabyrinth 619.
Malherbe, Henri, Der Anwendg. des Salvarsans zuzuschreibende Hauterscheinungen 649.
Marcuse, J., Rotzinfektion u. deren Verhütung 782.
Martini, Ein Fleckfieberanfall m. Gesichtsexanthem 510.
Massia s. Favre.
Mauss, Theodor u. Krüger, Hugo, Beobachtgn. u. Erfahrgn. b. Untersuchgn. u. Operationen von Schußverletzgn. d. peripheren Nerven m. bes. Berücksichtgg. veralteter Fälle u. diff.-diagnostisch in Betracht kommender traumat. Affekt. d. Rückenmarkes 574.
May, C., Ein Fall von malignen hämorrhagischen Varizellen 493.
Mayer, E., Klin. u. experim. Untersuchgn. üb. die Wirkg. d. Salvarsans a. d. kongenitale Syphilis d. Fötus b. Bhdlg. d. Mutter 619.
*McNeil, H., Kritische Studien über Wassermann- und Luetin-Reaktion nach Untersuchungen an 500 Fällen 785.
Meiner, Arthur 526.
Meirowsky (Köln), Das Problem d. Pigmentbildg. im Lichte d. neuen Forschungen Blochs u. seiner Mitarbeiter 646.
Meissner, Stanislaus, Über Polyneuritis nach Salvarsaninjektionen 766.

Digitized by Google

*Mense, Carl, Zur Frage des Exanthema folliculare acneiforme 641.
Merklen, Prosper u. Heuger, G., Nephritis sicca u. Syphilis 628.
Meschtschersky, Zur Bhdlg. d. Blennorrhoe m. Janetschen Spülungen 780.
— Zur Klinik der Haut-Leishmaniose 797.
— u. Bogrow, Die ersten Versuche m. d. russischen Salvarsan, dem Arsol Ostromysslenski 829.
Meyer, Fritz M., Üb. das gleichzeitige Auftreten von Syphilis u. Hauterkrankungen 605.
Meynet, P. u. Fenestre, H., Urticaria oedematosa chronica, Oedema angioneuroticum, Dysthyroidie 650.
Miller, D. J. Milton, Scharlach u. Masern vergesellschaftet 492.
Montgomery, Douglas W., Syphilidophobia 604.
*— Btrge. z. Geschichte d. Lepra 661.
Montpellier, Die sekundäre Syphilis b. d. muselmännischen Eingeborenen Nordafrikas 650.
Moscati, Die Syphilis im Heere 604.
Morawetz, Gustav, Zur Kaliumpermanganatbhdlg. der Variola 507.
— s. Epstein.
*Morrow, Howard u. Lee, A. W., Symptome u. Diagnose der Lepra, m. Bericht über Krankheitsfälle 546.
Mozer, Marius u. Chenet, Charles, Die Zahnstigmata der Erbsyphilis 618.
Msareulow, Ein Fall v. Syphilis d. Haut vom Typhus Boeck 846.
— Ein Fall von Pemphigus vegetans 779.
Müller, Eine Analyse d. Immunität b. chirurg. Tbc. u. der Einfluß nicht spezifischer physikal. Maßnahmen auf den Immunitätszustand 588.
Müller, Achilles, Über Urethrozele 683.
*Müller, C., Über Haarfärbekunst 674.
*Müller, Ernst Friedrich, Zur Bhdlg. chronischer Staphylokokkenerkrankungen der Haut 600.
*— Zur Kenntnis der Immunität b. Hautpilzerkrankungen 825.
Müller, Hugo, Narbenkeloid am Fuß nach Artefakt 792.
— Acrodermatitis atrophicans 792.
— Sklerodermie 792 (Bis).
— Systematisierter Nävus 792.
— Lymphangioma cysticum 792.
— 791.
Müller, Rudolf, Üb. d. Wirkungsmechanismus d. parenteralen Proteinkörpertherapie b. lokalen Entzündungsherden m. bes. Berücksichtgg. d. v. Wagnerschen Paralysebehandlung 621.
— Üb. die Grundlagen d. v. J. Kaup-München u. J. Kretschmer vorgeschlagenen Modifikation d. Wasserm. Reaktion nebst Bemerkgn. z. Kritik d. bisherigen Methoden 669 (Bis).
Müller, Rudolf, Über C. Brucks neue sero-chem. Reaktion b. Syphilis 670.
— s. Finger, E.
Müller, Wilhelm, Neuere Anschauungen a. d. Gebiete des Lupus 590.
Mulzer, Paul, Die Bekämpfg. der Geschlechtskrankheiten im Felde u. i. d. Heimat 731.
— s. Uhlenhuth.
Mundt, Max, Üb. die Absorption d. Wassermannschen Reaktionskörpers dch. Organemulsionen 636.
Mura, L., Einige Fälle von Typhus exanthematicus 556.
Muthmann, Max, Über zwei Fälle von chlorakneähnlichen Hauterkrankungen b. Zinkhüttenarbeitern u. der heutige Stand der Chlorakneſrage überhaupt 476.

Nägeli, Oscar, Unsere Erfahrgn. m. Salvarsan 747.
— Die moderne Salvarsan-Syphilistherapie der Verfasser 747.
Naegeli, Th., Epitheliomartiger Lupus am Fuß 603.
de Napoli, Ferdinando, Hautkrankheiten u. Syphilis im Kriege, ihre militärische u. soziale Bedeutung 523.
Nathan, Ernst, Üb. die Zerstörung d. Funktion alkoholischer Extrakte b. d. Wasserm. Reakt. dch. Kobragift 635.
— Üb. den Einfluß verschiedener Serumarten a. d. Inaktivierbarkeit d. Meerschweinchenkomplements dch. Kobragift 636.
— Üb. die Brucksche sero-chem. Reaktion bei Syphilis 686.
— Über Glyzinal, ein neues Glyzerinersatzmittel 793.
— Klin. Erfahrgn. d. Serodiagnose d. Frühsyphilis m. Ausflockung n. Sachs u. Georgi 794.
— 792.
Neri, Vincenzo, Üb. den Anteil des vasomotor. Apparates b. d. Entstehg. von Erfrierungen 475.
— Experim. Btrg. z. Kenntnis d. Ursache u. d. Mechanismus d. Erfrierung 475.
Netter, Arnold, Zoster d. Plexus lumbalis et sacralis n. e. Zerebrospinal-Meningitis nebst Rückfall n. sechs Monaten 477.
Neuber, Ein Fleckfieberdiagnostikum 556.
Nikolsky, Ekzem d. Lippenrandes b. Morbus Basedowi 778.
*Nobl, G., Originäre Kuhpocke oder Impetigo (Bockhart)? 559.
— Variköse Erkrankgn. u. Syphilis 628.

Digitized by Google

*Nobl, G., Lichen chron. simplex (Vidal) als Vorläufer neurot. Alopezie 767.
— 670.
Noethe, Pupillenanomalien b. viszeraler Lues 630.
— Üb Stimmgabelprüfung, ein diagnostisches Hilfsmittel f. d. Erkenng. viszeraler Syphilis 630.
Le Noir s. Gaucher.
*v. Notthafft, Eine Gefahr der Beratungsstellen 627.
— 791.
Nysten, E. R., Üb. die Komplementbindungsreaktion b. exanthemat. Kinderkrankheiten, insbes. beim Scharlach 573.

Ochsenius, Kurt, Über Erythema infectiosum 493.
*Odstrčil, J., Lusal, internes Antiluetikum 531.
Oeller s. Reinhardt.
Oestreicher, J., Ein Versagen d. Wasserm. Reaktion 634.
Oettinger, Walter, Die Rassenhygiene u. ihre wissenschaftl. Grundlagen 781.
Olregia, Al., Ureihia, G. F. u. Carniol, A., Die Wassermannsche Reaktion m. Antigenextrakt. a. d. Gehirn von Paralytikern 652.
Oppenheim, Moritz, Anaphylakt. Anfall nach Milchinjektion 654.

Panichi, Rodolfo 526.
Papamarku, P., Weitere Btrge. zur Komplementbindungsreaktion beim Fleckfieber 572.
Parisot, s. Raymond.
Paschen, Technik z. Darstellung d. Elementarkörperchen (Paschensche Körperchen) in der Variolapustel 507.
Pasini, A., Vamiamine, seine Unwirksamkeit b. d. Syphilisbehandlung 524.
Paul, Zur histologischen Technik des Kornealversuches b. d. Pockendiagnose 507.
Paulus (Aachen), Sklerodermieartige Erkrankung nach Salvarsanabszeß 792.
— Pemphigus oder Dermatitis herpetiformis? 793.
— Lupus erythematosus m. Erysipelas perstans faciei 793.
Pawlow, P., Zur Frage der Ätiologie der Porokeratosis Mibelli. Ein Fall von Porokeratosis Mibelli 779.
Pawlowskaja-Karyschewa, Ein Fall von Sclerodermia ainhumoides 797.
— Ein Fall von Bromoderma tuberosum vegetans 829.
Pedersen, Brun, Ein Btrg. z. Studium der Pathogenese der sekundären Trichophytie 646.
— Bromexanthem 476.
*Peller, Sigismund, Ultramikroskop. Befunde bei Psoriasis vulgaris 735.
Perls, Zur Frühdiagnose des Fleckfiebers 555.
Perutz, Alfred, Üb. einen Fall v. Hydroa vacciniforme m. Porphyrinogenurie 477.
— Die Bedeutg. serodiagnost. Untersuchgn. f. d. Prognose der abortiv bhdltn. Syphilis 653.
Peter, Franz, Üb. die angebl. Verminderung d. Rhodangehaltes im Speichel b. Syphilis 620.
Petrow, Zur Frage der syphilit. Elefantiasis 780.
Petruschky, J., Zur Bakteriologie d. bronchopneumon. Erkrankgn. bei Fleckfieber 572.
Petzholdt (Pirna), Eine kleine Pockenepidemie 493.
Pfaundler, M., Zur Organisation d. Fürsorge bei kongenit. Lues im ersten Kindesalter 605.
Pfeiler, W., Ergebnisse d. Untersuchg. v. 100 mittels der K.-H.-Reaktion zum Zwecke der Feststellung syphilit. Infektionen geprüften Serumproben 653.
Pflaumer, E. 670.
Pick, Walther, Über Simulation von Geschlechtskrankheiten 541.
Pilcz, Alexander, Noch einmal: Krieg und Paralyse 621.
Pinkus, Felix, Die Einwirkg. v. Krankheiten a. d. Kopfhaar d. Menschen 684.
Pittenger, Paul S., Merkurialisiertes Serum u. Sublimat, Vergleiche über ihre Giftigkeit, wenn intramuskulär, intravenös u. intraspinös injiciert, mit einigen klinischen Resultaten der intramusk. Injektion 733.
Plaut, H. C., Spirochätenbefunde u. Salvarsan b. Alveolarpyorrhoe 558.
Pöhlmann, Die neue sero-chem. Syphilisreaktion nach Bruck 670.
Popoff, Methodi, Zur Ätiologie d. Fleckfiebers 540.
Popper, Hugo, Über Fleckfieber ohne Exanthem 510.
Porcelli, Rodolfo, Üb. d. prakt. Wert d. Reaktion von Mc Donagh z. Syphilis-Diagnose 524.
*von der Porten, Paul, Tuberculosis cutis ulcerosa serpiginosa universalis 783.
Posner, Karbolineum als Ursache einer mit Albuminurie einhergehenden Dermatitis 476.
Pospelow, A., Zur Frage der ringförmigen Erytheme b. Syphilis 830.
Pospelow, W., Ulcus molle ani b. e. Knaben 797.
Poulard, A., Die Bhdlg. d. Augensyphilis 629.

Digitized by Google

Prosskurjakow, Üb. die venerischen Krankheiten unter d. Bevölkerung Petersburgs n. d. Berichten d. Kalinkin- u. Alafusowhospitals in Verbindg. m. d. Kriege 846.
Przygode, P., Bakterielle Befunde im Blute von Fleckfieberkranken 554.
Pürckhauer, Ein unter d. Bilde einer fieberhaften schweren Dermatitis exfol. verlaufende Salvarsanintoxikation m. Übergang in eine Arsenmelanose u. Arsenkeratose 476.
Pulvermacher, Leopold, Zur Frage des Spätikterus nach Salvarsan 646.

Radaeli, Francesco, Z. Ätiologie d. Pemphigus chronicus 524.
Radda, Jaroslav 814.
Raymond u. Parisot, Ätiologie, Prophylaxe u. Therapie d. sog. „Erfrierung d. Füße 475.
Reenstierna, J., Dariers Dermatose m. Schleimhautveränderg n. impetigoartigen Eruptionen 647.
Rehder, Hans, Üb. die Bhdlg. d. Scharlachs m. Rekonvaleszenten- u. Normalmenschenserum 491.
— u. Beckmann, Wilh., Üb. Spätikterus bei Lues nach Salvarsan-Quecksilberkuren 766.
Reichel u. Schede, Üb. Fußpflege im Heeresdienste 814.
Reichenstein, Gina, Üb. therapeut. Erfolge mit Milchinjektionen b. lokalen Entzündungsprozessen 718.
Reichenstein, J., Üb. Komplementbindung bei Fleckfieber m. X 19 572.
Reinhardt u. Oeller, Hamsterkomplement an Stelle v. Meerschweinchenkomplement b. d. Wasserm. Luesreaktion 637.
Renault, Joseph 478.
Reuter, Hermann, Bakterielle Befunde bei Fleckfieber 540.
Reyn, A. u. Ernst, N. P., Üb. die Anwendg. künstlicher Lichtbäder b. Lupus vulgaris u. chirurgischer Tuberkulose 603.
Rhodin, N., Einem syphilit. ersten Exanthem ähnlicher Ausschlag bei einem 19jähr. Hereditär-Syphilitiker 619.
*Richter, Ed., Zur Kontraluesin-Behandlung im Felde 615.
Ricketts, T. F., 542.
*Riecke, Erhard, Künstl. Querfurchenbildung der Nägel 655.
Riedel, Franz, Über Purpura variolosa 507.
Riehl, Gustav 654.
Rivalta, Raffaele 526.
Rocha-Lima (Hamburg), Zur Ätiologie des Fleckfiebers 538.
Rogers, Leonard, Vorläufige Mitteilung üb. die intravenöse Anwendg. des Natriumgynokardats b. d. Lepra 587.
Rosenquist, A., Allgem. Schlüsse üb. den Wert d. Präparates Salvarsan b. Syphilitikern, auf Grund einer dreijähr. Beobachtung (1911—1913) 777.
Rost (Freiburg), Universelles Xanthom? 792.
Rostoski, Das Stauungsphänomen bei Fleckfieber 510.
Roth, Max 542.
Rouchèse, Wassermannsche Reaktion 634.
Rubaschew, Die Bhdlg. d. chron. Epididymitis und der sich auf Grund derselben ausbildenden Sterilität 780.
Rubinstein s. Leredde.
Ruediger, E. H., Konservierung d. Serums f. d. Wasserm. Reaktion 636.

Sabouraud, R., Üb. ein Stigma der Erbsyphilis an den Zähnen 618.
— Wenig bekannte Erscheinungsformen der hereditären Syphilis 618.
— Tatsachen betreffend die Alopecia areata (pélade) b. Hereditär-Syphilitischen 619.
Sacharow, Ein Fall von Granuloma annulare 778.
Sachs, H., Zur Serodiagnostik d. Fleckfiebers 557.
— u. Georgi, W., Zur Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockung cholesterinierter Extrakte 793.
— 795.
Sachs, Otto, Üb. ein noch nicht beschriebenes Erythema toxicum nach externer Anwendg. v. Amidokapotoluol: „Agfa“ 476.
*Sack, A., II. Kriegstagung d. Südwestdeutschen u. Rheinisch-Westfälischen Dermatologen am 28. u. 29. September in Frankfurt a. M. 791.
Salén, E. B., Ein Fall von Vaccinia generalisata 573.
Salomon, R., s. Braun.
*Šamberger, Franz, Ein bis jetzt unbeschriebenes Symptom der Psoriasis. Ein Schlüssel zu ihrer Pathogenese 687, 708.
— 686.
Samelson, Üb. kombinierte Neosalvarsan-Quecksilberbhdlg. d. kongenit. Lues 619.
Sandwith, Fleming Maut 478.
Schacht, Können wir Ärzte a. d. Gebiete der Hautkrankheiten sehr wesentliche Fettersparnisse machen? 557.
Schaumann, Jörgen, Untersuchgn. üb. den Lupus pernio u. seine Beziehgn. z. d. Sarkoiden u. zur Tuberkulose 571.
Schede s. Reichel.

Digitized by Google

Scherber, G., Üb. die Wirkung intramuskulärer Milchinjektionen a. d. latente u. manifeste Syphilis, Mitteilung der Erfahrgn. mit der Fiebertherapie im allgemeinen 734.
Schiff, Das Blutbild b. Fleckfieber u. seine prakt. Bedeutung 555.
Schindler, Carl, Die Ergebnisse mit d. neuen Seroreaktion nach Bruck 685.
Schiperskaja, Zur Frage der Veränderg. d. Psyche b. Kindern, die an Prurigo Hebra leiden 779.
Schmidt, W. J., Zur Kenntnis der lipochromführenden Farbzellen i. d. Haut nach Untersuchgn. an Salamandra maculosa 731.
Schmitz, Hermann, Üb. die Brucksche serochemische Reaktion b. Syphilis 669.
Schneider, Johann, Üb. einige an der medizin. Klinik in Leipzig beobachtete Nebenerscheinungen der Salvarsaninjektion 749.
Schokor s. Jakimow.
Scholtz, W., Die Bhdlg. d. Syphilis m. Serieninjektioen v. Salvarsan u. Quecksilber 749.
Schreiber, E., Z. Diagnose d. Pocken u. z. Bewertung ihres biolog. Nachweises 505.
*Schuhmacher, Josef, Zum Albargin-Pyrogallolbild u. über Nuklein- u. Nukleinsäurereagentien 543.
Schwab s. Uteau.
Schwalbe, J., Sofortige Wiederholung der Impfung bei ihrer Erfolglosigkeit 509.
Schwarzkopf, Emil, Die Bedeutg. d. Weil-Felixschen Reaktion f. d. Diagnose Flecktyphus 553.
Schwoner, Josef, Üb. die hämorrhag. Hautinfektion bei Fleckfieber 510.
Segall, Alfred, Üb. die Entwicklg. u. d. Wechsel d. Haare b. Meerschweinchen 638.
Seifert, Otto 702.
Selenew, Verspätete primäre Syphilis 796.
— Ein Fall von Syphilis m. schweren meningit. Erscheinungen, die sich wd. d. Bhdlg. m. Neosalvarsan entwickelten und durch große Dosen Hg (Hydrarg. bibrom. in Einreibgn.) zum Schwinden gebracht wurden 797.
— Die Basedowsche Krankheit in syphilitischen Familien 829.
— Zur Frage der syphilit. Vitiligo (Vitiligo syphilitica) 780.
— Pruritus linguae et innestae oris 780.
Serebrennikow, Ein Fall von Heilung von Botryomykosis und Psoriasis vulgaris b. einer Geisteskranken 830.
Seubert, Ein Fall von Magenlues 630.
Siebert, Harald, Trauma, funktionelle Störung u. Lues cerebri 620.
— Erfahrgn. m. d. Wasserm. Reakt. in der neurol. Praxis 632.
Sklarek, Bruno u. Levinthal, Walter, Brucks serochem. Reaktion b. Syphilis 686.
Sommer, A., Zwei Bohnen als Fremdkörper i. d. Harnröhre e. Mannes 684.
Sommer, Baldomero 718.
*Sommerfeldt, Zur Bhdlg. d. Gonorrhoe m. intravenösen Kollargolinjektionen 511.
Sonntag, Erich, Zur Frage d. Spezifität d. Wasserm. Reaktion: Tumor- u. Narkosesera 634.
— Üb. die Brauchbarkeit der v. Dungernschen vereinfachten Methode d. Wasserm. Reakt. f. d. Syphilisdiagnostik 637.
Sordelli, Alfred u. Fischer, Hermann, Zur Frage der diagnost. Serumreaktion bei Lepra 587.
— — Die Gerinnungsreaktion n. Klinger-Hirschfeld b. Syphilis 653.
Spiethoff, B., Btrg. z. Klinik u. Histopathologie d. Epithelioms d. Talgdrüsen 717.
Spitzer, Ludwig, Üb. die Anwendg. d. Kohlenbogen-Lichtbades b. primärer u. sekundärer Tuberkulose d. Haut u. Schleimhaut 588.
— Zur Klinik u. Therapie d. Schleimhauttuberkulose 589.
Sprenger (Mainz), Hauttuberkulose 792.
— Gaumenaffektion m. positiver Tuberkulinreaktion 792.
— Parapsoriasis 793.
Stanziale, Rodolfo, Üb. den Wert der Luetin-Reaktion von Noguchi f. d. Diagnose d. Syphilis 701.
Starkenstein, E., Fleckfieberstudien 509.
Statzin, J. J., Zur bösartigen Entartg. retentionierter Hoden 683.
Steiner u. Viteček, Vlad, Zur Frage der klin. u. serolog. Diagnose d. Fleckfiebers 556.
Stelwagon, Henry W., 638.
Stephan, Der klin. Wert d. sero-chem. Syphilisreaktion nach Bruck 685.
Sterling, Kazimira, s. Sterling, Stephan.
Serling, Stephan u. Sterling, Kazimira, Btrg. z. Weil-Felixschen Reaktion 553.
Stilling, Erwin, Üb. d. Einfluß d. Seruminaktivierung b. d. Wasserm. Reaktion 636.
Strackstein, A., Syphilitische u. parasyphilit. Affektionen d. Harnblase 628.
Strauss, Artur, Zur Kupferbhdlg. d. äußeren Tuberkulose 588.
— 587.
Ströll, Z. Bhdlg. d. Scharlachs 491.

Digitized by Google

Stühmer, A., Die Vermeidung der Gefahren einer Salvarsanbehandlung 766.
*Stümpke, Gustav, Günstiger Ausgang einer Encephalitis haemorrhagica nach Neosalvarsan (Aderlaß, Kochsalzinfusion und Lumbalpunktion) 527.
— Üb. orthotische Albuminurie u. ihre Beziehgn. zur Syphilis 628.
— Üb. die Notwendigkeit wiederholter Wassermannreaktionen in der Prostituiertenbehandlung 632.
— Üb. die Beziehgn. zw. Erythema nodosum u. Lues 647.
— Zur Ätiologie d. Pemphigus vulgaris 647.
— Zur Frage d. sero-chem. Reaktion nach Bruck 686.
Sturmhoefel, Zur Technik der Neosalvarsaninjektion 765.
Sundahl, G. S., Ein Fall von Tabes und Epilepsie, den Zusammenhang zw. Lues und Epilepsie beleuchtend 620.

Teichmann, Zur Bhdlg. d. Fleckfiebers m. Silbermitteln 537.
Teljega, Ein Fall von Alopecia areata maligna auf nervöser Grundlage 780.
Thoms, Zum Spirochätennachweis bei Syphilis 631.
Töpfer, Zur Ätiologie u. Bhdlg. d. Fleckfiebers 537.
— Der Fleckfiebererreger in der Laus 540.
Trinchese, Die positive Wasserm. Reakt. als Zeichen der Infektiosität d. Lues 631.
Troitzki, Zur Kasuistik d. eitrigen Onychien u. Paronychien inf. Autoinfektion b. e. Kranken m. Sykosis 780.
Troplowitz, Oskar 494.
Tschastrow, Üb. Warzenbildung a. d. Fußsohlen 846.
Tscherasgabow, Ist das Trichophyton violaceum Sabouraud als eine selbständige Art von Trichophyton anzusehen? 829.

Uhlenhuth, P. u. Mulzer, P., Weitere Btrge. zur experimentellen Syphilis 631.
Ullmann, Karl, Zur Kenntnis u. Differentialdiagnose syphilitischer Stigmata 647.
*Unna, Paul, Btrg. zu den strichförmigen und zoniformen Hauterkrankungen 591.
*— P. G., Vergleichende Tot-Lebend-Färbung 703.
*— Neoichthargan 847.
Ureihia, G. F., s. Olregia.
— J. C. u. Jorgulescu, N., Die Emanuelsche Mastixprobe der Rückenmarksflüssigkeit 686.
Urueña, J. G., Immunitätstherapie der Lepra in Mexiko 587.
Uteau u. Schwab, Die heiße Luft b. den blennorrhagischen Orchitiden 650.
— — Medikamentöse Elektrolyse b. den blennorrhagischen Arthritiden 650.

Valle, Vittorio, Ein Fall von Ichthyosis diffusa. Klinische u. histologische Bemerkungen 524.
Vas, Berhard, s. Gerlóczy.
Vernes, Arthur, Worauf beruht die Seroreaktion d. Syphilis? 653.
Vignolo-Lutati, Carlo, Üb. einen Fall von syphilitischer Paronychie („Panaris syphilitica" von Nelaton) 629.
Viteček, Vladimir, Die klin. Bedeutg. d. Weil-Felixschen Reaktion 553.
— s. Steiner.
Volk, Richard 542.
Vorpahl, K., Weitere Beobachtgn. an Pockenfällen 506.
— Pocken ohne Pockenausschlag 506.

Wachtel, Heinrich, Üb. die therapeut. Beeinflussung d. Erfrierungen dch. Röntgenbestrahlung 476.
Warstadt, Eine einfache Befestigungsart des Verweilkatheters 558.
v. Wassermann, A., Zur Frage der Zuverlässigkeit der Wasserm. Reaktion 632.
Weichbrodt, R., Zur sero-chem. Reaktion b. Syphilis nach Bruck 670.
Weil, E. u. Felix, A., Untersuchgn. üb. das Wesen der Fleckfieberagglutination 554.
Weiser s. Galewsky.
Weiss, Arthur, Fieber, ein wesentl. Faktor in der Syphilistherapie 732.
Weltmann, Oscar, Weiterer Btrg. z. serolog. Fleckfieberdiagnose 556.
Wenden, Louis, Die Rolle der Syphilis beim geisteskranken Neger 604.
Werschinin, Zur Frage d. allgemeinen Wirkg. d. blennorrhoischen Infektion 797 (Bis).
Werther (Dresden), Über Liquor-Untersuchungen u. Liquor-Behandlungen b. Syphilitischen 700.
*Wichmann, P., Üb. die Heilwirkg. spontaner Antikörperbildg. in der Haut auf äußere u. innere Tuberkulose 588.
— Die kutane Tuberkulinbehandlung nach Ponndorf 589.
— 587.
Wiener, Emerich, Zur Epidemiologie u. Prophylaxe des Fleckfiebers 537.
— Btrg. zur Fleckfieberdiagnose 556.
Wiesmann, Arthur, Zur Therapie d. Parapsoriasis (Brocq) 647.

Digitized by Google

Willner, Fritz, Zur Lokalisation d. Variola 506
*Wilms †, Die perineale Prostatektomie m. lateraler Inzision 831.
*Wise, Fred, Pityriasis lichenoides chronica 837.
Wissing, Ove, s. Boas.
With, C., Die intraspinale Salvarsantherapie 766.
*Wohlwill, Friedrich, Patholog.-anatom. Veränderungen d. Zentralnervensystems b. akquirierter u. kongenitaler Syphilis 843.
Wolff, Paul, Experim. Btrge. z. Ätiologie der akzidentellen Syphilis 620.
Wossidlo, H. 473.
Wülser, Ludwig, Übertragungsversuche m. spitzem Kondylom 646.
Wurtz u. Huon, Die Variolisierung der gg. Vakzine immunisierten Kühe 508.
Zeiss, Heinz, Zur Ätiologie d. Fleckfiebers 537.
von Zeissl, Maximilian, Vier interessante Syphilisfälle u. eine Bemerkg. zur Wasserm. Blutprobe 634.
Zieler, Novasurol, ein neues Quecksilbersalz, zur Syphilisbehandlung mit Bemerkgn. üb. die Grundsätze der Quecksilberbehandlung 733.
— 791, 795.
Zigler, M., Üb. Syphilis d. Hodens, m. spez. Beziehg. auf Gumma 629.
Zuelzer, Zur Pathologie u. Therapie des Fleckfiebers 537.
*v. Zumbusch, Leo, Bemerkgn. zu dem Aufsatz von Sommerfeldt über Kollargolbhdlg. d. Gonorrhoe 623.
Zweig, Ludwig, Üb. einen Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria 647.

Digitized by Google

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

früher: Monatshefte für praktische Dermatologie

Unter Mitwirkung von

J. ALMKVIST-Stockholm, G. ARNDT-Straßburg, E. ARNING-Hamburg, CH. AUDRY-Toulouse, J. de AZUA-Madrid, A. BAYET-Brüssel, C. BECK-Budapest, B. BERON-Sofia, A. BLASCHKO-Berlin, I. BLOCH-Charlottenburg, M. BOCKHART-Wiesbaden, E. BODIN-Rennes, L. BROCQ-Paris, H. G. BROOKE-Manchester, C. BRUCK-Altona, C. BRUHNS-Berlin, A. BUSCHKE-Berlin, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, J. DARIER-Paris, K. DOHI-Tokio, E. EHLERS-Kopenhagen, S. EHRMANN-Wien, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. von FICK-Wien, E. FINGER-Wien; W. FISCHER-Berlin, E. FRAENKEL-Hamburg, E. GALEWSKY-Dresden, A. GAPPISCH-Leipzig, S. GROSZ-Wien, M. HAASE-Memphis, Tenn., L. HALBERSTAEDTER-Charlottenburg, H. HALLOPEAU-Paris, J. HELLER-Charlottenburg, M. HODARA-Konstantinopel, E. HOFFMANN-Bonn, H. HÜBNER-Elberfeld, J. JADASSOHN-Breslau, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, E. KLAUSNER-Prag, V. KLINGMÜLLER-Kiel, A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Krakau, R. LEDERMANN-Berlin, H. P. LIE-Bergen, L. MERK-Innsbruck, E. MORO-Heidelberg, L. NIELSEN-Kopenhagen, G. NOBL-Wien, J. ODSTRČIL-Prag, M. OPPENHEIM-Wien, M. PELAGATTI-Parma, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POLLITZER-New-York, C. POSNER-Berlin, A. POSPELOW-Moskau, M. L. RAVITCH-Louisville, Ky., E. RIECKE-Göttingen, K. RÜHL-Turin, P. RUSCH-Wien, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W. SCHOLTZ-Königsberg i. P., O. SEIFERT-Würzburg, J. SELENEW-Moskau, E. TOMASCZEWSKI-Berlin, L. TORÖK-Budapest, A. TRÝB-Prag, P. UHLENHUTH-Straßburg i. E., K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Klausenburg, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, U. J. WILE-Ann Arbor, F. WINKLER-Wien

herausgegeben von

P. G. UNNA Hamburg — P. TAENZER Bremen — J. H. RILLE Leipzig — E. DELBANCO Hamburg

66. Band

Verlag von Leopold Voss, Leipzig

Nr. 12 | Sonnabend, den 23. März | 1918

Choleval

das neueingeführte, in der

Gonorrhoe-Behandlung

bereits vollkommen eingebürgerte Silberpräparat.

ooo

Literatur zur Verfügung.

E. MERCK, DARMSTADT

Bevorzugt

vor anderen Silberpräparaten wegen seiner Handlichkeit und Reizlosigkeit, sowie der schnellen Beseitigung des eitrigen Ausflusses, bei mindestens gleich guter antigonorrhoischer Wirkung.

ooo

Choleval-Tabletten 0,25 u. 0,5 g. Röhrchen zu 10 Stück.

Choleval-Bolus 1,5% u. 3% Packungen zu 125 g.

Alle **Choleval-Präparate** auch in Anstaltspackungen.

Digitized by Google

PEBECO

ZAHNPASTA

hergestellt nach Angaben von Prof. Dr. UNNA

hat sich seit mehr als 20 Jahren als eines der wirksamsten und zuverlässigsten Mittel zur Pflege des Mundes und der Zähne bewährt, weil sie bei regelmäßigem Gebrauch den Ansatz von Zahnstein verhindert, die Schleimhäute und das Zahnfleisch erfrischt und belebt und dadurch die Widerstandsfähigkeit der Zähne erhöht. Ihre Wirksamkeit beruht auf ihrem Gehalt an Kaliumchlorat, für das sie eine der angenehmsten und zuverlässigsten Anwendungsformen darstellt, die jeden Mißbrauch und jede unbeabsichtigte Wirkung ausschließt. Bei der Behandlung der Stomatitis mercurialis, Pyorrhoea alveolaris, des Foetor ex ore und bei vielen anderen Mundkrankheiten wird sie seit jeher geradezu mit glänzendem Erfolg angewendet.

Literatur und Proben kostenfrei.

In Österreich-Ungarn darf unsere Zahnpasta mit Kaliumchlorat nur unter der wissenschaftlichen Bezeichnung *„Beiersdorfs Kalichloricum-Zahnpasta"* abgegeben werden.

P. BEIERSDORF & Co.

CHEMISCHE FABRIK * HAMBURG 30.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

früher: Monatshefte für praktische Dermatologie

Unter Mitwirkung von

A. ALEXANDER-Berlin, J. ALMKVIST-Stockholm, G. ARNDT-Straßburg, E. ARNING-Hamburg, CH. AUDRY-Toulouse, J. de AZUA-Madrid, A. BAYET-Brüssel, C. BECK-Budapest, B. BERON, Sofia, A. BLASCHKO-Berlin, I. BLOCH-Charlottenburg, M. BOCKHART-Wiesbaden, E. BODIN-Rennes, L. BROCQ-Paris, H. G. BROOKE-Manchester, C. BRUCK-Altona, C. BRUHNS-Berlin, A. BUSCHKE-Berlin, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, J. DARIER-Paris, K. DOHI-Tokio, E. EHLERS-Kopenhagen, S. EHRMANN-Wien, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. von FICK-Wien, E. FINGER-Wien; W. FISCHER-Berlin, E. FRAENKEL-Hamburg, E. GALEWSKY-Dresden, A. GAPPISCH-Leipzig, S. GROSZ-Wien, M. HAASE-Memphis, Tenn., L. HALBERSTAEDTER-Charlottenburg, H. HALLOPEAU-Paris, J. HELLER-Charlottenburg, M. HODARA-Konstantinopel, E. HOFFMANN-Bonn, H. HÜBNER-Elberfeld, J. JADASSOHN-Breslau, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, E. KLAUSNER-Prag, V. KLINGMÜLLER-Kiel, A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Krakau, R. LEDERMANN-Berlin, H. P. LIE-Bergen, L. MERK-Innsbruck, E. MORO-Heidelberg, L. NIELSEN-Kopenhagen, G. NOBL-Wien, J. ODSTRČIL-Prag, M. OPPENHEIM-Wien, M. PELAGATTI-Parma, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POLLITZER-New-York, C. POSNER-Berlin, A. POSPELOW-Moskau, M. L. RAVITCH-Louisville, Ky., E. RIECKE-Göttingen, K. RÜHL-Turin, P. RUSCH-Wien, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W. SCHOLTZ-Königsberg i. P., O. SEIFERT-Würzburg, J. SELENEW-Moskau, E. TOMASCZEWSKI-Berlin, L. TORÖK-Budapest, A. TRYB-Prag, P. UHLENHUTH-Straßburg i. E., K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Klausenburg, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, U. J. WILE-Ann Arbor, F. WINKLER-Wien

herausgegeben von

P. G. UNNA, Hamburg — P. TAENZER, Bremen — J. H. RILLE, Leipzig — E. DELBANCO, Hamburg

67. Band

Verlag von Leopold Voss, Leipzig

Nr. 27 | Sonnabend, den 6. Juli | 1918

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a. M.

NIRVANOL

(Phenyläthylhydantoin)

geschmackfreies Hypnotikum

Eigenschaften:

Gut bekömmlich, gleichmässige, normal abklingende Wirkung, intern, rektal und intramuskulär anwendbar.

Indikationen:

Schlaflosigkeit jeder Art.

Dosierung:

Intern: 1—2 Tabl. zu 0,3 g bzw. 0,5 g in möglichst heißer Flüssigkeit.
Rektal: Suppositorien oder Klysma: 0,5 g bzw. 1 Ampulle zu 4 ccm.
Intramuskulär: 1 Amp. zu 4 ccm = 0,5 g Nirvanol in Form von **Natriumsalz.**

Originalpackungen:

Tabletten: 10 Stück zu 0,5 g bzw. 15 Stück zu 0,3 g = 2.— M.
Klinikpackungen: 250 Stück zu 0,3 bzw. 0,5 g.
Ampullen: 10 Ampullen zu 4 ccm = 3.— M.
Klinikpackung: 100 Ampullen zu 4 ccm.

Literatur und Proben stehen den Herren Ärzten zur Verfügung.

Digitized by Google

Gonostyli

eine neue Arzneiform zur Behandlung der Gonorrhoe,

nach Angaben von Dr. Leistikow

sind im Wasser zergehende Stäbchen, die aus einer Mischung des Grundkörpers mit den verlangten Arzneistoffen, meist Silbersalzen und Zinksalzen, bestehen. Die Gonostyli werden zum Zweck der Anwendung in die Harnröhre oder Vagina eingeführt und so lange darin belassen, bis sie vollständig zergangen sind. Sie sind wirksamer als die bekannten Gelatinestäbchen, weil die Gelatine nicht, wie vielfach behauptet wird, die Resorption begünstigt, sondern sogar hindert, und zuverlässiger, weil sie keine Metallspirale enthalten, die zu Reizungen der Schleimhaut Veranlassung geben kann. Vor den Urethralstäbchen, deren Grundmasse aus Oleum Cacao besteht, haben sie den Vorteil, daß die zugesetzten Arzneistoffe ungehindert auf die Schleimhaut einwirken können, weil sie nicht von geschmolzenem Fett tröpfchenartig umhüllt werden.

Die Gonostyli sind zu je zehn Stück in einem braunen Glaszylinder mit Metalldeckel verpackt und in zwei Größen (10 cm lang und 18 cm lang) vorrätig mit Zusätzen von

Argonin . . .	**1,0%**
Albargin . . .	**0,75%**
Argent. nitric. .	**0,2%—2%**
Protargol . . .	**0,2%—1,5%**
Ichthargan . .	**0,1%, 0,2% u. 0,5%**
Zinc. sulfuric. .	**0,5%**

Muster und Literatur kostenfrei.

P. Beiersdorf & Co.
Chemische Fabrik, Hamburg

Digitized by Google

Bei Akne, Ekzemen, Psoriasis,
Scabies, Seborrhoea u.s.w. wird

THIGENOL

infolge seiner Geruchlosigkeit
und bequemen, reinlichen Anwendung den anderen organischen
Schwefelpräparaten vorgezogen.

CHEMISCHE WERKE GRENZACH A.G. GRENZACH (BADEN)
Drahtanschrift „CEWEGA" GRENZACH.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Was muß jeder Mann von den Geschlechtskrankheiten wissen?

von
Professor Dr. A. Neißer †
Geheimrat in Breslau.

16 Seiten. 1915. M. —.10.

Eine im besten Sinne populäre Schrift, in einfacher leicht verständlicher Sprache gehalten. — **Hierzu kommen die jetzt eingeführten Teuerungszuschläge.**

PARTIGENE

nach Deycke-Much

zur Diagnostik und Therapie der Tuberkulose.

Lieferung in Originalflaschen zu 5 u. 50 ccm

Ausführliche Literatur durch: **Kalle & Co. Aktiengesellschaft, Biebrich a. Rh.**

Digitized by Google

Wöchentlich eine Nummer. 26 Nummern bilden einen Band, dem Inhaltsübersicht, Sach- und Namenregister beigegeben werden. Preis eines Bandes M. 24.—. Postporto bei Zusendung unter Kreuzband M. 1.50 (Ausland M. 3.—) für den Band. — Man abonniert bei den Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Adresse der Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. P. G. Unna, Hamburg, Osterstr. 129, Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig, Johannisplatz 1 und Dr. E. Delbanco, Hamburg, Große Bleichen 27. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer in Bremen, Obernstr. 28, I.

Inhalt:

Originalabhandlungen.

Ein Beitrag zur Darierschen Erkrankung. Von Dr. Oskar Salomon-Koblenz, z. Z. Abteil.- und stellvertr. Reg.-Arzt bei einem Feld-Art.-Reg. in Flandern. Aus dem städtischen Bürgerhospital in Koblenz a. Rh. (Chefarzt: Prof. Dr. Hohmeier). (Mit 2 Abbildungen.) S. 177.

Krieg, Geschlechtskrankheiten und Prostitution in ihren Wechselbeziehungen. Kritische Referate von Dr. Ernst Levin in Berlin. (Fortsetzung.) S. 179.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.
d. Nieren, Ureteren, Harn. S. 186.
e. Labien, Vagina usw. S. 189.

Verschiedenes.

Personalien. S. 192.

Sachregister.

Albuminurie des Stehens 186.
— nach Bestrahlung mit künstlicher Höhensonne 186.
— orthostatische, Wesen u. Pathogenese 187.
— renale 186.
Dariersche Erkrankung 177.
Eiweißbestimmung im Urin, quantitative, Schnellmethode 187.
— nachweis im Urin 187.
Gramsche Färbung als Grundlage einer prognostisch allgemein verwertbaren Urinprobe 186.
Hämaturie nach Kriegsverletzung 188.
Harnsäurereaktion im Speichel 189.
Kältehämoglobinurie, paroxysmale, Pathogenese 188.
Krieg, Geschlechtskrankheiten u. Prostitution in ihren Wechselbeziehungen 179.
Labia minora, spontane partielle Strangulation durch Pubes verursacht 189.
Marschhämoglobinurie 188.
Methylenblau-Anwendung zum Zuckernachweis im Urin 189.
Nierentuberkulose u. Menstruation 190.
Phosphaturie, eine neue Ursache der Hämaturie 188.
Porphyrin im Harn nach Trionalvergiftung 187.
Soor der Vulva 190.
Spuman, ein Fortschritt in der täglichen Utero-Vaginal-Therapie 191.
Syphilitischer Primäraffekt der Vulva mit isolierter Vulvitis diphtherica 190.
Trichomonas-Kolpitis, Behandlung 191.
Tuberkulose der Urethra u. der Blase bei der Frau 190.
— im weiblichen Genitalsystem, Eingangsstelle u. Ausbreitungsweise 192.
Ulcus vulvae acutum 189.
Urin, alkalischer, medikamentöse Rotfärbung 186.
Urobilinogenurie bei Malaria 187.
Urobilinurie, Bedeutung für die Unterscheidung der mit Ödemen einhergehenden Herz-, Leber- u. Nierenerkrankungen 187.
— Klinik 188.
Uteruserkrankung bei Vulvovaginitis infantum 190.
Vaginale Trockenbehandlung mit Levurinose 191.
Vaginalkarzinom, primäres, mit Radium und Röntgenstrahlen behandelt 191.
Vaginismus, eigentümlicher Fall 190.
Vulvaaffektionen, Strahlenbehandlung 191.

Autorenregister.

(* bedeutet Originalartikel.)

Antic 187.
Berg 188.
Dotzel 186.
v. Dziembowski 187.
Eggedi 190.
Eicke 187.
Ellinger 187.
Fischer 189.
Freund 191.
Gad-Andersen 187.
Gellmuyden 189.
Gerber 188.
Golliner 190.
Hartmann 192.
Haslund 189.
Hildebrandt 187.
Hoehne 191.
Hofmann 190.
Kirch 188.
Kronberger 186.
Lenartowicz 189.
**Levin, E. 179.*
— I. 191.
Lichtwitz 188.
Liebers 189.
Mucha 190.
Nassau 186.
Neermann 190.
Neumann 187.
v. Noorden 189.
Perrier 188.
Reiter 192.
Riesser 187.
Rosenbach 190.
Saake 186.
**Salomon 177.*
Strauss 186.
Trebing 191.
v. Veress 192.
Volk 192.
Zacharias 191.

Digitized by Google

Z. L.

Deutschlands jährliche Kaliförderung beträgt:

11 Millionen Tonnen

– die Gesamtförderung aller übrigen Länder nur: 0

Deutschlands Kohlenlager betragen:

Englands:

Auf solchen Wirtschaftskräften beruht die Sicherheit der Kriegsanleihen – darum zeichnet!

Digitized by Google

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig

Zeitschrift

für

Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge

redigiert von

Prof. Dr. Bruno Salge
in Straßburg

Prof. Dr. Arthur Schloßmann
in Düsseldorf

Prof. Dr. Erich Opitz
in Gießen

Jetzt erscheint **Band 10**

Die große Zeit, in der wir leben, stellt an das deutsche Volk neue und große Aufgaben. Je heißer der Kampf in der Gegenwart, desto dringlicher mahnt uns die Pflicht, für die Zukunft zu sorgen. Schon bisher hat unsere Zeitschrift sich nicht ausschließlich an die Erörterung von Fragen gebunden erachtet, die sich auf das eigentliche Feld der Säuglingsfürsorge beziehen. Alles, was wichtig für den Aufbau des zukünftigen Volkskörpers ist, schien uns beachtlich. Mehr als bisher wendet sich jetzt die Aufmerksamkeit weiter Kreise der Bedeutung bevölkerungspolitischer Vorgänge zu. Immer mehr wird ihre Erörterung in den Vordergrund treten, wenn auch darüber niemals die Säuglingsfürsorge im engeren Sinne aus dem Auge gelassen werden darf.

Möge unsere Zeitschrift auch weiter sich der Beachtung ihrer bisherigen Leser erfreuen und zu den alten zahlreiche neue Freunde gewinnen.

12 Hefte bilden einen Band. Preis des Bandes 12 Mark. Porto für die direkte Zusendung im Inlande —.75 Mark, nach dem Auslande 1.20 Mark. Durch alle Buchhandlungen, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung zu beziehen.

Digitized by Google

Wöchentlich eine Nummer. 26 Nummern bilden einen Band, dem Inhaltsübersicht, Sach- und Namenregister beigegeben werden. Preis eines Bandes M. 24.—. Postporto bei Zusendung unter Kreuzband M. 1.50 (Ausland M. 3.—) für den Band. — Man abonniert bei den Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Adresse der Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. P. G. Unna, Hamburg, Osterstr. 129, Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig, Johannisplatz 1 und Dr. E. Delbanco, Hamburg, Große Bleichen 27. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer in Bremen, Obernstr. 28, I.

Inhalt:

Originalabhandlungen.

Prognose und moderne Behandlung der kongenitalen Syphilis. Von Dr. Fred Wise. Instruktor für Dermatologie und Syphilis an der Columbia University und Leiter der Derm. Poliklinik am Mt. Sinai und Beth Israel-Hospital in New York. (Übersetzt von W. Lehmann, Stettin, z. Z. Zittau i. Sa.) S. 289.

Hautkrankheiten bei farbigen Rassen. Beiträge aus den deutschen Schutzgebieten Von Dr. Gustav Heim in Bonn. (Schluß.) S. 302.

Mitteilungen aus der Literatur.

Bakteriologie. S. 318.

Hygiene. S. 319.

Verschiedenes.

Personalien. S. 320.

Sachregister.

Gonokokkus, Wachstumsbedingungen 318.
Hautkrankheiten bei farbigen Rassen 302.
Nährböden, bakteriologische, Verhütung des Eintrocknens 319.
Prostitution gesundheitlich unschädlich zu machen, wirklich ganz unmöglich? 320.
Sexualhygienische Bewegung, moderne 319.
Sexualpädagogik, Aufgabe 319.
Syphilis, kongenitale, Prognose u. moderne Behandlung 289.

Autorenregister.

(* bedeutet Originalartikel.)

Dale 318.
**Heim 302.*
Mártiri 319.
Neisser 320.
Timerding 319.
Ullmann 319.
**Wise 289.*
v. Zeissl 320.

VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH IN LEIPZIG

Welche Aufgaben erwachsen dem Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten aus dem Kriege!

Von **Prof. Dr. A. Blaschko,** Berlin.

35 S. 1915. M. 1.—. **Hierzu kommen die jetzt eingeführten Teuerungszuschläge.**

Verfasser schildert anschaulich den wilden Geschlechtsverkehr, wie er sich im Gefolge des großen Weltkrieges daheim und hinter der Front abspielt. Er zeigt, wie man den Gefahren, die aus diesen Mißständen erwachsen, wirksam begegnen kann und was beim Friedensschluß zu geschehen hat, um eine Verschleppung der Geschlechtskrankheiten in die Familien der Heimgekehrten und damit eine Verseuchung der ganzen Nation zu verhüten.

Digitized by Google

PEBECO

ZAHNPASTA

hergestellt nach Angaben von Prof. Dr. UNNA

hat sich seit mehr als 20 Jahren als eines der wirksamsten und zuverlässigsten Mittel zur Pflege des Mundes und der Zähne bewährt, weil sie bei regelmäßigem Gebrauch den Ansatz von Zahnstein verhindert, die Schleimhäute und das Zahnfleisch erfrischt und belebt und dadurch die Widerstandsfähigkeit der Zähne erhöht. Ihre Wirksamkeit beruht auf ihrem Gehalt an Kaliumchlorat, für das sie eine der angenehmsten und zuverlässigsten Anwendungsformen darstellt, die jeden Mißbrauch und jede unbeabsichtigte Wirkung ausschließt. Bei der Behandlung der Stomatitis mercurialis, Pyorrhoea alveolaris, des Foetor ex ore und bei vielen anderen Mundkrankheiten wird sie seit jeher geradezu mit glänzendem Erfolg angewendet.

Literatur und Proben kostenfrei.

In Österreich-Ungarn darf unsere Zahnpasta mit Kaliumchlorat nur unter der wissenschaftlichen Bezeichnung *„Beiersdorfs Kalichloricum-Zahnpasta"* abgegeben werden.

P. BEIERSDORF & Co.

CHEMISCHE FABRIK * HAMBURG 30.

Digitized by Google

Bei
Furunkulose

Opsonogen

Polyvalente Staphylokokken-Vakzine nach Wright-Strubell

hervorragend bewährt.

Chemische Fabrik Güstrow, Güstrow i/M.

Digitized by Google

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig

Zeitschrift

für

Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge

redigiert von

Prof. Dr. Bruno Salge
in Straßburg

Prof. Dr. Arthur Schloßmann
in Düsseldorf

Prof. Dr. Erich Opitz
in Gießen

Demnächst beginnt **Band II**

Die ernste Zeit, in der wir leben, stellt an das deutsche Volk neue und große Aufgaben. Je größer das Sterben der Gegenwart, desto dringlicher mahnt uns die Pflicht, für die Zukunft zu sorgen. Schon bisher hat unsere Zeitschrift sich nicht ausschließlich an die Erörterung von Fragen gebunden erachtet, die sich auf das eigentliche Feld der Säuglingsfürsorge beziehen. Alles, was wichtig für den Aufbau des zukünftigen Volkskörpers ist, schien uns beachtlich. Mehr als bisher wendet sich jetzt die Aufmerksamkeit weiter Kreise der Bedeutung bevölkerungspolitischer Vorgänge zu. Immer mehr wird ihre Erörterung in den Vordergrund treten, wenn auch darüber niemals die Säuglingsfürsorge im engeren Sinne aus dem Auge gelassen werden darf.

Möge unsere Zeitschrift auch weiter sich der Beachtung ihrer bisherigen Leser erfreuen und zu den alten zahlreiche neue Freunde gewinnen.

12 Hefte bilden einen Band. Preis des Bandes 12 Mark. Porto für die direkte Zusendung im Inlande —.75 Mark, nach dem Auslande 1.20 Mark. Durch alle Buchhandlungen, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung zu beziehen.

Digitized by Google

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG

LEHRBUCH
DER
RÖNTGENKUNDE

Drei Bände

Unter Mitwirkung von zahlreichen Fachgelehrten

herausgegeben von

Dr. med. Hermann Rieder und **Dr. phil. Josef Rosenthal**
K. Universitäts-Professor in München Dipl.-Ing. in München

Band I: VI, 606 Seiten mit 485 Abbildungen im Text, 2 photographischen, 1 schwarzen und 2 farbigen Tafeln. 1913.
M. 25.—, gebunden M. 26.—

Inhalt: Praktische Röntgenphysik von Dipl.-Ing. Dr. J. Rosenthal-München. — Die Röntgenuntersuchung in der Chirurgie von Prof. Dr. R. Grashey in München. — Die Röntgenuntersuchung der Zähne und der Kiefer von Prof. Dr. A. Cieszyński in München. — Die Röntgenuntersuchung in der Orthopädie von Prof. Dr. Fritz Lange und Dr. Heinrich Weber in München. — Die Röntgenuntersuchung der Lungen und der Bronchien von Prof. Dr H. Rieder in München. — Die Röntgenuntersuchung von Pleura und Zwerchfell von Geheimrat Prof. Dr. Fr. Kraus in Berlin. — Die Erkrankungen des Mediastinums von Prof. Dr. H. Rieder in München. — Die Röntgenuntersuchung von Herz, Gefässen und Perikard von Prof. Dr. Hans Dietlen in Straßburg. — Die Röntgenuntersuchung der Speiseröhre von Geheimrat Prof. Dr. Paul Krause in Bonn. — Die Röntgenuntersuchung des Magens von Sanitätsrat Dr. Karl Kaestle in München. — Die Röntgenuntersuchung der Leber von Prof. Dr. M. Faulhaber in Würzburg. — Die Röntgenuntersuchung der Gallensteine von Prof. Dr. M. Faulhaber in Würzburg. — Die Röntgenuntersuchung des Darms von Prof. Dr. M. Faulhaber in Würzburg. — Die Röntgenuntersuchung des uropoetischen Systems von Prof. Dr. Hans Dietlen in Straßburg.

Band II: IV, 508 Seiten mit 344 Abbildungen im Text und 5 Tafeln. 1918.
M. 27.—, gebunden M, 30.—

Inhalt: Die Röntgenuntersuchung in der Rhino-Laryngologie von Prof. Dr. Hans Neumayer in München. — Die Röntgenuntersuchung des Ohres von Prof. Dr. Bernhard Heine in München. Die Röntgenstrahlen in der Augenheilkunde von Prof. Dr. Fritz Salzer in München. — Die Röntgenuntersuchung in der Neurologie von Dr. Wilhelm Fürnrohr in Nürnberg. — Die Röntgenuntersuchung in der Gynäkologie und Geburtshilfe von Prof. Dr. Carl Reifferscheid in Bonn a. Rh. — Die Röntgenuntersuchung in der Kinderheilkunde von Priv.-Doz. Dr. Theodor Goett in München. — Die Röntgenstrahlen in der Anatomie von Prof. Dr. Albert Hasselwander in München. — Über die Fehlerquellen bei der Deutung von Röntgenbildern im allgemeinen von Dr. Gustav Baer in Zürich. — Röntgentechnik von Dipl.-Ing. Dr. phil. Josef Rosenthal in München. — Fremdkörperbestimmung von Prof. Dr. Rudolf Grashey in München. — Alphabetisches Namen- und Sachverzeichnis zu Bd. I u. II.

Band III wird so bald als möglich nach dem Kriege erscheinen und die „Röntgen-Therapie" in den folgenden Kapiteln behandeln:

Die Röntgenstrahlen in der Biologie. — Die Sensibilisierungs- und Desensibilisierungs-Methoden. — Die Dosierungs-Methoden in der Röntgen-Therapie. — Die Schädigungen durch Röntgenstrahlen und deren forensische Bedeutung. — Die Röntgen-Therapie in der Dermatologie. — Die Röntgen-Therapie in der Inneren Medizin. — Die Röntgen-Therapie der Knochen- und Gelenks-Erkrankungen. — Die Röntgen-Therapie in der Gynäkologie.

25% Teuerungszuschlag einschließlich Sortimenterzuschlag.

Digitized by Google

Aus den Besprechungen.

Medizinische Klinik: Das vorliegende Werk ist eine literarische Neuheit, welche die Aufmerksamkeit der ganzen medizinischen Welt in hohem Grade zu beanspruchen geeignet ist. Zahlreiche Zeichnungen nach vorzüglichen Aufnahmen charakteristischer Fälle ermöglichen die Deutung eines jeden in der Praxis vorkommenden Falles. Die Abschnitte sind auch für den Vorgeschrittenen wahre Fundgruben der interessantesten und belehrendsten Tatsachen. Mit großer Sorgfalt ausgearbeitet enthalten diese Kapitel trotz des relativ kleinen Umfangs doch alles Wissenswerte. So wird das Werk nicht nur von großem Nutzen für diejenigen sein, die ohne besondere Vorkenntnisse sich über die Radiodiagnostik orientieren wollen, sondern auch jedem Vorgeschrittenen durch die Fülle der darin mitgeteilten neuen Tatsachen eine willkommene Gabe sein. L. Freund.

Fortschritte der Medizin: Man merkt bei der Lektüre des Buches, daß hier durchgehend Mitarbeiter gewonnen wurden, welche die Materie von Grund aus beherrschen, und es ist sehr erfreulich, auch für den Erfahreneren sehr belehrend, an ihrer Hand und in ihrer Darstellung einen Überblick über die verschiedenen Gebiete des Röntgenverfahrens zu bekommen.

Deutsche militärärztl. Zeitschrift: Der Wert des Buches liegt darin, daß zur Mitarbeit eine große Zahl bewährter Röntgenologen, welche auf den von ihnen bearbeiteten Gebieten reiche Erfahrungen besitzen, gewonnen sind. Zahlreiche Textfiguren in Strichzeichnung sind beigefügt, die das Wesentliche schnell und deutlich erkennen lassen.

Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte: Der vorliegende Teil dieses Werkes erreicht das ihm von den Herausgebern gesteckte Ziel. Er bereichert unsere diagnostischen Hilfsmittel. Für den Chirurgen sind die Kapitel über Herz- und Lungendiagnostik von großem Nutzen, und auch der Interne kann viel aus den chirurgischen Kapiteln lernen. . . . Das Buch entspricht einem sicher von vielen Ärzten empfundenen Bedürfnis.

Wiener med. Wochenschrift: Das von Rieder und Rosenthal herausgegebene Lehrbuch verspricht, nach dem vorliegenden 1. Bande zu schließen, ein ausgezeichnetes Nachschlagebuch sowohl für den Berufsröntgenologen als auch für alle diejenigen zu werden, die sich über die bisherigen Leistungen der Röntgenologie informieren wollen. Außer Rieder und Rosenthal, von denen der erste in geradezu unübertroffener Weise die Erkrankungen der Lunge und des Mediastinums bearbeitet hat, haben Grashey (München) usw. sehr wertvolle Beiträge geliefert. Weder in der deutschen noch in der ausländischen Literatur gibt es ein zweites röntgenologisches Werk, das diesem Lehrbuch an die Seite gestellt werden könnte.

Als Sonderdrucke aus Band I und II sind auch einzeln zu haben:

CIESZYŃSKI, Dr. A., Die Röntgenuntersuchung der Zähne und der Kiefer. 43 Seiten mit 47 Abbildungen im Text, 1 schwarzen und 2 farb. Tafeln. 1913. Kart. M. 3.—

Zahntechnische Rundschau: Jedem Kollegen, welcher sich mit der Materie befassen will, sei das Werk zur Anschaffung bestens empfohlen.

Zahnärztliche Rundschau: Jedem, der sich als Anfänger mit der Röntgenographie der Zähne und Kiefer beschäftigt, wird der kleine Leitfaden ein wertvoller Berater sein.

ROSENTHAL, Dipl.-Ing. Dr. JOSEF, Praktische Röntgenphysik. 39 Seiten mit 9 Abbildungen im Text und 2 photographischen Tafeln. 1913. Kart. M. 3.—

Physikalische Zeitschrift: Das vorliegende Heft ist ein Sonderabdruck aus dem 1. Band des von Rieder und Rosenthal herausgegebenen Lehrbuchs der Röntgenkunde. Es ist, dem Zweck dieses Lehrbuches entsprechend, möglichst elementar gehalten, um den in der Röntgenologie beschäftigten Arzt mit den Grunderscheinungen der Röntgenphysik bekannt zu machen. In den einleitenden Seiten wird das Wesen der Röntgenstrahlen kurz auseinander gesetzt und im Anschluß daran eine Darstellung ihrer wichtigsten Eigenschaften gegeben. Es ist besonders bemerkenswert, daß hier in weitgehendem Maße die Originalarbeiten von Röntgen herangezogen werden. . . . Zwei Tafeln mit ausgezeichneten Photographien enthalten ferner eine große Anzahl der bekannten, zum Teil in ihrem Zustandekommen noch nicht genügend geklärten, plastischen Röntgenbilder. Die Durchsicht dieser Aufnahmen wird auch dem Physiker Freude bereiten. — Enthält das erwähnte Lehrbuch durchweg einen so brauchbaren Inhalt, wie der vorliegende Sonderabdruck, so wird es bei dem Mangel an wirklich guten Büchern dieses Spezialgebietes eine wichtige Rolle spielen.

Naturwissenschaften: Um der ausgezeichnet reproduzierten plastischen Röntgenbilder willen sei es auch Physikern geraten, die Rosenthalsche Schrift zur Hand zu nehmen.

ROSENTHAL, Dipl.-Ing. Dr. JOSEF, Röntgentechnik. II, 180 Seiten mit 197 Abbildungen im Text und 1 photographischen Tafel. 1918. Kart. M. 9.—

Der Verfasser bespricht in der vorliegenden Arbeit die Apparate zur Erzeugung der hochgespannten elektrischen Ströme, die verschiedenen Arten von Röntgenröhren, sowie die Hilfs- und Meß-Vorrichtungen, welche bei der diagnostischen und therapeutischen Anwendung der Röntgenstrahlen verwendet werden. Das Buch stellt einen Sonderabdruck aus dem „Lehrbuch der Röntgenkunde", herausgegeben von Prof. Dr. H. Rieder-München und Dr. J. Rosenthal-München, Band II dar, und bildet eine Ergänzung zu der ebenfalls als Sonderabdruck erschienenen „Praktischen Röntgenphysik" aus dem I. Bande des Lehrbuches.

25% Teuerungszuschlag einschließlich Sortimenterzuschlag.

Druck von C. Grumbach in Leipzig.

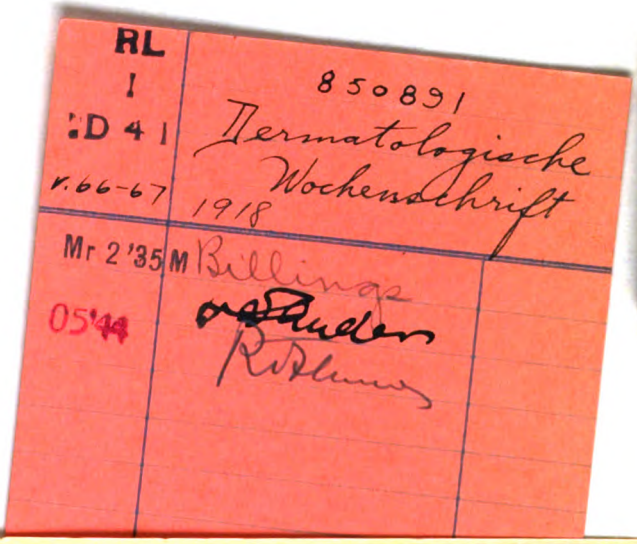
Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google



RL 1918 ~~Billings Library~~ 850891

1
.D41
v.66-67

BY TITLE

Digitized by Google